

362.110
SUT
2 28

**ANALISIS KEPUTUSAN INVESTASI RAWAT INAP
RUANG SUPER VIP RSUD PANDAN ARANG
BOYOLALI TAHUN 2003**

Tesis

**Diajukan untuk memenuhi sebagian syarat guna
Memperoleh derajat Magister Kesehatan**



Oleh :

S U T O M O

NIM. E4 A000051

Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit

**PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN
MASYARAKAT
PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO SEMARANG
2003**



UNIVERSITAS DIPONEGORO

TESIS

ANALISIS KEPUTUSAN INVESTASI RAWAT INAP RUANG SUPER VIP RSUD PANDAN ARANG BOYOLALI TAHUN 2003

Disusun oleh

SUTOMO

NIM. E4A000051

Tesis ini telah dipertahankan di depan Tim Penguji
pada tanggal 7 Januari 2004

Menyetujui

Dewan Penguji

Pembimbing Utama



Dra. Chriswardani Suryawati, M.Kes

Pembimbing Pendamping



Lucia Ratna K.W, SH, M.Kes

Penguji



Dr. Sudiro, MPH, Dr.PH

Penguji



Dr. Wahyu Utomo, MARS

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat



Dr. Sudiro, MPH, Dr.PH

PERNYATAAN

Dengan ini, saya H. Sutomo, Spd. Menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil karya sendiri yang belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Oleh karena pertanggung jawaban berada dalam diri saya sepenuhnya.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : H. Sutomo, Spd.
Tempat, tanggal lahir : Boyolali, 1 Juni 1953
Agama : Islam
Alamat : Trayon RT 01/ RW II Kebonan
Kecamatan Karanggede Kabupaten Boyolali

Riwayat pendidikan :

- Sekolah Dasar lulus tahun 1964
- Sekolah Menengah Pertama lulus tahun 1968
- Sekolah Perawat Kesehatan lulus tahun 1977
- Sarjana Pendidikan lulus tahun 2000

Riwayat pekerjaan :

- Perawat RSUD Padan Arang Boyolali Th.1978 – 1979
- Perawat Puskesmas Wonosegoro Tahun 1979 – 1983
- Dinas Kesehatan Kabupaten Boyolali Th. 1983 – 1984
- Puskesmas Karanggede Tahun 1984 s/d sekarang

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT, karena atas limpahan taufiq dan hidayahNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis dengan judul " Analisis Keputusan Investasi Rawat Inap Ruang Super VIP RSUD Pandan Arang Boyolali Tahun 2003 ".

Kami menyadari bahwa kegiatan penelitian sampai dengan penulisan tesis tidak akan terlaksana sebagaimana yang diharapkan tanpa bantuan berbagai pihak, oleh karena itu izinkanlah kami menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Bapak dr. Sudiro, MPH, Dr.PH. Selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang atas segala bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan.
2. Ibu Dra. Chriswardani. Suryawati, M.Kes. Selaku pembimbing Utama yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam penyusunan tesis
3. Ibu Lucia Ratna Kartika Wulan, SH, M.Kes. Selaku pembimbing Pendamping yang telah banyak memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan tesis.
4. Bapak dr. Wahyu Utomo, MARS, selaku penguji yang telah banyak memberikan saran-saran demi penyempurnaan tesis.

5. Bapak dr. Yulianto Prabowo, M.Kes. Selaku kepala Badan RSUD Pandan Arang Boyolali yang telah berkenan memberikan ijin penelitian.
6. Bapak Bupati, Ketua DPRD, Kepala Bappeda serta Kepala Dinas Kesehatan dan Sosial Kabupaten Boyolali, atas bantuannya dalam memberikan informasi yang dibutuhkan dalam penyelesaian tesis
7. Bapak dr. Harry Poernomo Sidik, M.Kes. Selaku Kepala IRNA 3 Paviliun Cendana RSUD dr. Moewardi Surakarta beserta staf, atas bantuannya dalam memberikan informasi yang dibutuhkan untuk penyelesaian tesis
8. Bapak dr. DR. H. Boy Sabarguna, MARS. Atas bantuan dan motivasinya dalam penyelesaian tesis.
9. Bapak Edy Siswanto, SKM. Atas bantuan dan dorongannya dalam penyusunan tesis.
10. Istriku tersayang Estu Winanti serta anak-anakku tercinta Febti Nila Utami dan Monda Ayu Astiningrum atas pengertian, semangat, dorongan dan pengorbanan dalam penyelesaian pendidikan.
11. Cucuku tercinta Radyatama Dealend Adenta yang telah memberikan semangat dan motivasi dalam menyelesaikan pendidikan
12. Semua pihak yang tidak dapat kami sebut satu persatu yang telah memberikan doa restu, dorongan dan semangat dalam proses penyelesaian pendidikan dan penyusunan tesis ini.

Semoga amal baik semua pihak mendapat balasan yang berlipat dan selalu mendapat petunjuk dan bimbingan dari Allah SWT.

Kami menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu segala kritik dan saran yang sifatnya membangun senantiasa dinantikan dengan penuh harap demi terwujudnya karya yang lebih baik di masa yang akan datang. Semoga Allah SWT senantiasa melindungi dan memberikan petunjukNya kepada kita semua. Amin.

Semarang, Desember 2003

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR ISTILAH	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
ABSTRAK.....	xv
ABSTRACT.....	xvi
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	10
C. Tujuan Penelitian.....	12
D. Keaslian Penelitian.....	13
E. Manfaat Penelitian.....	15
F. Ruang Lingkup Penelitian.....	15
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Pelayanan Rumah Sakit.....	18
B. Pembiayaan Rumah Sakit.....	22
C. Analisis Biaya Rumah Sakit.....	24
D. Penetapan Tarif.....	26
E. Rumah Sakit Swadana.....	30
F. Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit.....	32
G. Keputusan Investasi.....	37

H. Kriteria Penilaian Investasi.....	38
I. Kerangka Teori.....	44
 BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian.....	45
B. Kerangka Konsep.....	45
C. Jalannya Penelitian.....	46
D. Definisi Operasional.....	46
E. Metode Pengumpulan Data.....	49
F. Instrumen Penelitian.....	50
G. Alat Pengolah Data.....	51
H. Metode Analisa Data.....	51
 BAB IV HASIL PENELITIAN	
A. Gambaran Umum Bangsal Super VIP.....	53
B. Biaya Investasi Pembangunan Super VIP.....	56
C. Sarana dan Fasilitas Ruang Super VIP.....	57
D. Estimasi Utilisasi.....	59
E. Biaya Total Operasional.....	61
F. Penentuan Tarif.....	64
G. Estimasi Aliran Kas.....	65
H. Kelayakan Investasi.....	67
I. Hasil Benchmarking di RSUD dr. Moewardi Surakarta....	69
J. Faktor Pendukung dan Penghambat.....	72
 BAB V PEMBAHASAN	
1. Biaya Investasi Pembangunan Super VIP.....	81
2. Sarana dan Fasilitas Super VIP.....	83
3. Estimasi Utilisasi.....	84
4. Estimasi Aliran Kas.....	86

5. Analisis Kelayakan.....	90
a. Perhitungan Biaya Operasional.....	90
b. Penentuan Tarif.....	92
c. Kelayakan Investasi.....	95
6. Hasil Benchmarking di RSUD dr. Moewardi Surakarta.	98
7. Faktor Pendukung dan Penghambat.....	99

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	101
B. Saran	102

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	halaman
1.1 Hasil kegiatan rawat inap RSUD PA Boyolali 1998 s/d 2002.....	6
1.2 Hasil Kegiatan Paviliun RSUD PA Boyolali 1998 s/d 2002.....	7
4.1 Biaya pembangunan rawat inap Ruang Super VIP RSUD PA.....	52
4.2 Estimasi tingkat hunian rawat inap Super VIP RSUD PA.....	56
4.3 Perhitungan biaya operasional Super VIP RSUD Tahun 2003.....	58
4.4 Standar porsi makan dan unit cost Super VIP RSUD Tahun 2003..	60
4.5 Estimasi Cash flow Ruang Super VIP RSUD PA Tahun 2004 pada tarif Rp.105.000,-/kamar/pasien/hari.....	62
4.6 Estimasi Cash flow Ruang Super VIP RSUD PA Tahun 2004 - 2008 pada tarif Rp.105.000,-/ kamar/pasien/hari.....	63
4.7 Tarif berdasarkan fasilitas di Paviliun Cendana RS dr.Moewardi Surakarta Tahun 2003.....	66
4.8 BOR Paviliun Cendana RS dr. Moewardi Surakarta Tahun 1999 - 2001.....	67
4.9 Kepegawaian Paviliun Cendana RS dr. Moewardi Surakarta Tahun 2003.....	67
5.1 Estimasi Cash flow Ruang Super VIP RSUD PA Tahun 2004 - 2008 pada tarif Rp.125.000,-/ kamar/pasien/hari.....	84
5.2 Estimasi Cash flow Ruang Super VIP RSUD PA Tahun 2004 - 2008 pada tarif Rp.150.000,-/ kamar/pasien/hari.....	85
5.3 Estimasi Cash flow Ruang Super VIP RSUD PA Tahun 2004 - 2008 pada tarif Rp.175.000,-/ kamar/pasien/hari.....	85
5.4 Perhitungan kelayakan ekonomi Ruang Super VIP RSUD PA berdasarkan Discount Factor 20 %	91

DAFTAR ISTILAH

1. RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah
2. PA : Pandan Arang
3. APBD : Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
4. VIP : Very Important People
5. VVIP : Very Very Important People
6. NPV : Net Present Value
7. IRR : Internal Rate Return
8. PBP : Pay Back Period
9. BOR : Bed Occupation Rate
10. BTO : Bad Turn Over
11. GDR : Gross Death Rate
12. NDR : Net Death Rate

DAFTAR GAMBAR

	halaman
2.1 Kerangka teori.....	40
3.1 Kerangka konsep.....	41
3.2 Jalannya penelitian.....	42

ABSTRAK

SUTOMO

**JUDUL : ANALISIS KEPUTUSAN INVESTASI RAWAT INAP RUANG
SUPER VIP RSUD PANDAN ARANG BOYOLALI TAHUN 2003**

RSUD Pandan Arang Kabupaten Boyolali, merupakan RS type C milik Pemerintah Daerah dengan status swadana. Salah satu fasilitas pelayanan yang akan dikembangkan saat ini adalah rawat inap Ruang Super VIP yang telah selesai dibangun bulan Maret 2003 sebanyak 16 unit dan dioperasikan sebanyak 50% dengan tarif sebesar Rp. 105.000,- per pasien per kamar per hari. Tujuan pembangunan adalah untuk meraih konsumen kelas atas yang berobat keluar daerah, khususnya Surakarta dan meningkatkan pendapatan. Permasalahan yang ada adalah apakah layak pembangunan fasilitas tersebut secara ekonomi, mengingat tarif yang diberlakukan hanya perkiraan saja dan relatif rendah dibanding tarif RS pesaing.

Tujuan penelitian adalah melakukan analisis kelayakan investasi dengan memperhatikan kaidah-kaidah ekonomi, yaitu *NPV*, *IRR* dan *PBP* serta mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat dilaksanakannya pembangunan rawat inap Ruang super VIP.

Penelitian ini adalah suatu studi kasus yang bersifat deskriptif kuantitatif didukung data kualitatif dengan wawancara mendalam. Metode yang digunakan dalam menganalisis kelayakan investasi ruang rawat inap super VIP dengan memprediksi aliran kas lima tahun ke depan berdasarkan estimasi *BOR* dan tarif melalui *trial and error* sedangkan untuk aspek faktor pendukung dan penghambat melalui wawancara mendalam dengan *stakeholders*.

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa operasionalisasi Ruang Super VIP pada tarif Rp. 105.000,- tidak layak secara ekonomi, karena tidak dapat mencapai titik impas dalam kurun waktu 5 tahun ke depan. Berdasarkan *trial and error* maka kelayakan operasional baru dapat dicapai pada tarif Rp. 175.000,- untuk tahun pertama selanjutnya dinaikkan sebesar Rp. 25.000,- tiap tahun. Hasil perhitungan kelayakan ekonomi adalah layak dengan *NPV* sebesar 1,5 (>1) pada *IRR* 20% dengan *PBP* setelah 3 tahun 3 bulan. Saran yang dapat diajukan untuk Ruang Super VIP, adalah melakukan perubahan tarif dan didukung oleh peraturan daerah mengenai standar fasilitas dan pelayanan.

Kata kunci : *Investasi, Net Present Value, Internal Rate of Return dan Pay Back Periods*

Kepustakaan : 38 (tahun 1978 – 2003)

15. SK Pimpro pembangunan bangsal perawatan RSUD Pandan Arang No. 050/941 tanggal 22 Oktober 2002
16. Rencana Anggaran Biaya (RAB) Pembangunan bangsal perawatan Super VIP RSUD Pandan Arang Boyolali tanggal 18 Oktober 2002 (Tahap II)
17. Lampiran SK Bupati No. 38 Tahun 2003 tentang Belanja modal pelayanan Super VIP tanggal 5 Maret 2003
18. Penyerahan pekerjaan belanja modal pelayanan Super VIP RSUD Pandan Arang Boyolali dari PT ALNAN (rekanan) tanggal 27 Maret 2003
19. Lampiran SK Bupati No. 38 Tahun 2003 tentang Ringkasan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun anggaran 2003
20. Form pengumpulan data
21. Hasil wawancara mendalam kepada Kepala Badan RSUD Pandan Arang Boyolali
22. Hasil wawancara mendalam kepada Kepala Dinas Kesehatan dan Sosial Kabupaten Boyolali
23. Hasil wawancara mendalam kepada Kepala Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah Boyolali
24. Hasil wawancara mendalam kepada Bupati Boyolali
25. Hasil wawancara mendalam kepada Ketua DPRD Kabupaten Boyolali

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Keterangan telah melakukan penelitian dan hasilnya telah diseminarkan dari Kepala Badan RSUD Pandan Arang Boyolali.
2. Photo dokumentasi pelaksanaan seminar hasil penelitian di RSUD Pandan Arang Boyolali tanggal 28 September 2003.
3. Photo Dokumentasi Ruang Super VIP RSUD Pandan Arang Boyolali
4. Perhitungan biaya investasi rawat inap Bangsal Super VIP RSUD Pandan Arang Boyolali Tahun 2003
5. Perhitungan biaya total operasional Bangsal Super VIP RSUD Pandan Arang Boyolali Tahun 2003
6. Perhitungan biaya konsumsi pasien Bangsal Super VIP RSUD Pandan Arang Boyolali berdasarkan unit cost
 - a. Pola Menu
 - b. Standar porsi dan unit cost pasien
7. Estimasi Cas flow Bangsal Super VIP RSUD Pandan Arang Boyolali selama 5 tahun pada tarif Rp.105.000,-
8. Estimasi Cas flow Bangsal Super VIP RSUD Pandan Arang Boyolali selama 5 tahun pada tarif Rp.175.000,- naik tiap tahun Rp.25.000,-
9. Hasil komputerisasi perhitungan IRR
10. Hasil komputerisasi perhitungan PBP
11. Hasil komputerisasi perhitungan NPV
12. Struktur Organisasi Badan RSUD Pandan Arang Boyolali
13. SK Pimpro pembangunan bangsal perawatan RSUD Pandan Arang No. 050/505 tanggal 3 Juni 2002
14. Rencana Anggaran Biaya (RAB) Pembangunan bangsal perawatan Super VIP RSUD Pandan Arang Boyolali tanggal 7 Mei 2002 (Tahap I)

ABSTRAK

SUTOMO

**JUDUL : ANALISIS KEPUTUSAN INVESTASI RAWAT INAP RUANG
SUPER VIP RSUD PANDAN ARANG BOYOLALI TAHUN 2003**

RSUD Pandan Arang Kabupaten Boyolali, merupakan RS type C milik Pemerintah Daerah dengan status swadana. Salah satu fasilitas pelayanan yang akan dikembangkan saat ini adalah rawat inap Ruang Super VIP yang telah selesai dibangun bulan Maret 2003 sebanyak 16 unit dan dioperasikan sebanyak 50% dengan tarif sebesar Rp. 105.000,- per pasien per kamar per hari. Tujuan pembangunan adalah untuk meraih konsumen kelas atas yang berobat keluar daerah, khususnya Surakarta dan meningkatkan pendapatan. Permasalahan yang ada adalah apakah layak pembangunan fasilitas tersebut secara ekonomi, mengingat tarif yang diberlakukan hanya perkiraan saja dan relatif rendah dibanding tarif RS pesaing.

Tujuan penelitian adalah melakukan analisis kelayakan investasi dengan memperhatikan kaidah-kaidah ekonomi, yaitu *NPV*, *IRR* dan *PBP* serta mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat dilaksanakannya pembangunan rawat inap Ruang super VIP.

Penelitian ini adalah suatu studi kasus yang bersifat deskriptif kuantitatif didukung data kualitatif dengan wawancara mendalam. Metode yang digunakan dalam menganalisis kelayakan investasi ruang rawat inap super VIP dengan memprediksi aliran kas lima tahun ke depan berdasarkan estimasi *BOR* dan tarif melalui *trial and error* sedangkan untuk aspek faktor pendukung dan penghambat melalui wawancara mendalam dengan *stakeholders*.

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa operasionalisasi Ruang Super VIP pada tarif Rp. 105.000,- tidak layak secara ekonomi, karena tidak dapat mencapai titik impas dalam kurun waktu 5 tahun ke depan. Berdasarkan *trial and error* maka kelayakan operasional baru dapat dicapai pada tarif Rp. 175.000,- untuk tahun pertama selanjutnya dinaikkan sebesar Rp. 25.000,- tiap tahun. Hasil perhitungan kelayakan ekonomi adalah layak dengan *NPV* sebesar 1,5 (>1) pada *IRR* 20% dengan *PBP* setelah 3 tahun 3 bulan. Saran yang dapat diajukan untuk Ruang Super VIP, adalah melakukan perubahan tarif dan didukung oleh peraturan daerah mengenai standar fasilitas dan pelayanan.

Kata kunci : *Investasi, Net Present Value, Internal Rate of Return* dan *Pay Back Periods*

Kepustakaan : 38 (tahun 1978 – 2003)

ABSTRACT

S U T O M O

**TITLE : DECISION INVESTMENT ANALYSIS OF SUPER VIP WARD
AT RSUD PANDAN ARANG BOYOLALI YEAR 2003**

Public general hospital Pandan Arang, District of Boyolali, is a type C local government's hospital with "self-financing" status swadana. One of the facility's service which will be developed is the Super VIP Ward that was built in March 2003 about 16 units and has been operated 50%, tariff Rp. 105.000,-/ patient/ room/ day. The aims of developing that service is to capture the height-class medical care consumer that tends to go out side the district, especially to Surakarta, and to improve earnings. The problem is, "is the development of such facility economically feasible, considering that the tariff is decide only by assumption and realtively lower than the competitor's.

Research objectives was conducting analysis of investment feasibility by paying attention to economic methods, that is Net Present Value (NPV), Internal Rate of Return (IRR) and Pay Back Period (PBP) and also identify support and threat factor of Super VIP Wards development.

The research was case study having the character quantitative descriptive and supported by qualitative data with in depth interview. It used feasibility analysis method analyze feasibility of investment of Super VIP Wards with prediction cash inflow of five years by estimation of BOR and Tariff through trial and error, while for the support and threat factor used in depth interview with stakeholders.

Research result the operation Super VIP Wards at tariff Rp. 105.000,- is improper economically, since it cannot reach break even point in range of time 5 years. Trial and error result for new operational is feasible at tariff Rp. 175.000,- for the first year operation and additional increase by Rp.25.000,- per year is necessary. Result of calculation of economic feasibility in competents NPV equals to 1,5 (> 1) at IRR 20% with PBP after 3 year 3 month. Suggestion tariff can be increased by making a corrective tariff and supported by law in standard of facility and by service.

Keyword : Investment, Net Present Value, Internal Rate of Return
and Pay Back Period.

Bibliography : 38 (Year 1978 – 2003)



UNIVERSITAS DIPONEGORO

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah sakit adalah suatu institusi yang padat karya dan padat teknologi dengan makin berkembangnya ilmu dan teknologi kedokteran serta tuntutan masyarakat akan pelayanan yang baik maka makin dibutuhkan peningkatan mutu dan perluasan pelayanan rumah sakit.

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan, berbagai upaya telah dilakukan antara lain melalui penambahan sarana, prasarana, peralatan dan ketenagaan. Namun harus diakui upaya tersebut belum seperti yang diharapkan karena keluhan pasien akan mutu pelayanan rumah sakit masih sering terdengar. Hal ini dikarenakan meningkatnya tuntutan customer terhadap mutu pelayanan kesehatan yang semakin tajam tidak sebanding dengan upaya peningkatan mutu internal organisasi pelayanan kesehatan.

Sebagaimana yang dikemukakan oleh Azrul Azwar (1996) bahwa sejalan dengan membaiknya tingkat pendidikan, meningkatnya tingkat sosial ekonomi dan semakin mudahnya informasi diperoleh masyarakat mengakibatkan sistem nilai dalam masyarakat menjadi berubah. Masyarakat mulai menuntut pelayanan umum yang lebih baik dan bermutu termasuk juga dalam pelayanan kesehatan. Kondisi demikian mendorong munculnya rumah sakit – rumah sakit swasta

yang bersaing dalam memberikan pelayanan dan kenyamanan untuk kepuasan konsumen.

Menurut Ahmad Fuad Afdhal (1999), keinginan konsumen kita untuk memperoleh jasa yang bermutu termasuk pelayanan rumah sakit, agaknya sudah memasuki spektrum yang makin luas. Hal ini dimungkinkan oleh kemampuan finansial yang dimiliki, sehingga mereka bebas menentukan pilihan. Apalagi akses kepada informasi tentang berbagai rumah sakit tidak sulit untuk diperoleh.

Menurut Kotler dan Armstrong (1997), jasa adalah produk yang terdiri dari aktifitas, manfaat atau kepuasan yang dijual yang dasarnya tak berwujud dan tidak mengakibatkan seseorang memiliki sesuatu apapun.

Rumah sakit dapat meningkatkan kualitas pelayanannya dengan memperhatikan 5 hal berikut (Parasuraman, 1985) :

1. *Reability* : Kemampuan untuk memberikan jasa seperti yang dijanjikan secara handal dan akurat.
2. *Responsivness* : Keinginan rumah sakit untuk membantu konsumen dan menyediakan jasa secara bertanggungjawab sesuai dengan protap yang telah ditetapkan.
3. *Assurance* : Pengetahuan, keahlian dan sikap karyawan dan kemampuan mereka untuk dapat dipercaya dan dihandalkan.
4. *Emphaty* : Pemberian perhatian atau berempati pada masing-masing konsumen.

5. *Tangibles* : Penampilan fasilitas fisik, peralatan, pegawai dan alat komunikasi.

Menurut Fedstein (1978), menggambarkan fungsi utilisasi pelayanan kesehatan sebagai fungsi permintaan dan penawaran. Faktor-faktor yang mempengaruhi permintaan pasien terhadap pelayanan kesehatan, yaitu :

- a. Insidens penyakit yang menggambarkan kejadian penyakit ;
- b. Karakteristik demografi dan social budaya yang meliputi status perkawinan, jumlah anggota keluarga, pendidikan dan system nilai budaya yang ada pada keluarga atau masyarakat ;
- c. Faktor ekonomi antara lain pendapatan, harga pelayanan dan nilai waktu yang digunakan untuk mencari pelayanan.

Rumah sakit harus membuat keputusan tentang fasilitas mereka karena penampilan dapat mempengaruhi sikap dan perilaku pasien. Setiap fasilitas perawatan dan pelayanan sosial lainnya mempunyai pandangan yang mungkin menambah atau mengurangi kepuasan dan penampilan kerja. Bila gagal menangani fasilitas fisik dapat menciptakan ketidak puasan pelanggan (Kotler,1997; Dharmmesta dan Suprihanto,1995).

Sebagian konsumen tidak saja mencari harga yang murah bahkan mencari harga dengan kualitas baik, karena dalam pelayanan kesehatan faktor kualitas hidup lebih diutamakan.

Pilihan lokasi juga merupakan pertimbangan yang digunakan pasien. Sebuah studi menemukan bahwa alasan penting untuk memilih rumah sakit adalah dekatnya dengan lokasi. Pentingnya jarak dari sumber pelayanan berkurang jika resiko medis berubah dari tak rencana menjadi terencana (Boscarino dan Steiber cit. Jen son, 1987). Selanjutnya peranan personil yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien akan mempengaruhi pula dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Disebutkan oleh Lane (1988) bahwa pelayanan berupa perhatian pribadi dengan menunjukkan keprihatinan dan kepedulian, mau mendengar dan menjelaskan penanganannya serta keramahan pemberi pelayanan besar pengaruhnya terhadap kepuasan pasien.

Saat ini dalam menghadapi era liberalisasi dan globalisasi, tidak heran bila pihak manajemen rumah sakit di Indonesia makin meningkatkan fasilitas pelayanan melalui penyediaan sarana dan prasarana yang lengkap dan up to date serta menyediakan fasilitas fisik rawat inap mulai dari tingkat Paviliun, VIP sampai Super VIP (hingga setara dengan Hotel berbintang).

Rumah sakit merupakan suatu industri, pertimbangan ekonomi seringkali dijadikan sebagai dasar untuk analisis kelayakan operasional baik dalam sistem industri yang telah ada maupun dalam sistem industri yang belum ada. Analisis proyek industri termasuk rumah sakit pada dasarnya merupakan studi ekonomi manajerial yang

dilakukan secara komprehensif mencakup analisa pasar, studi teknik dan analisis ekonomi Gaspersz (2001).

Menurut Sutoyo (2000) suatu proyek investasi seharusnya dilakukan studi kelayakan terlebih dahulu, apakah layak atau tidak dilaksanakan. Analisis kelayakan investasi yang diperlukan antara lain, dari aspek : teknis, ekonomi, sosial budaya dan politis, lingkungan serta pasar dan pemasaran.

Rumah Sakit Umum Pandan Arang Kabupaten Boyolali, merupakan rumah sakit type C milik pemerintah daerah. Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia tanggal 26 Januari 1998 Nomor : 445.33 – 504 ditetapkan menjadi unit swadana daerah. Pada tanggal 19 Nopember 2001 berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Boyolali Nomor 15 Tahun 2001 status kelembagaan rumah sakit Pandan Arang berubah menjadi Badan Rumah Sakit Umum yang dipimpin oleh seorang Kepala. Meskipun demikian pengelolaan keuangan Rumah Sakit Pandan Arang tetap dilakukan secara swadana, sehingga memungkinkan adanya subsidi dari pemerintah baik dari pemerintah daerah, propinsi maupun pusat. Jumlah tenaga pada tahun 2001 sebanyak 277 orang, antara lain : dokter spesialis 15 orang (15,42 %), dokter umum 10 orang (3,61 %) dan tenaga yang paling banyak jumlahnya adalah paramedis keperawatan 131 orang (47,29 %). Fasilitas pelayanan kesehatan yang ada antara lain : rawat jalan, rawat inap, unit gawat darurat, unit

penunjang medis dan lain-lain. Kapasitas tempat tidur pada rawat inap adalah 235 buah yang meliputi kelas Paviliun 58 TT (24,6 %), kelas I sebanyak 37 buah (15,74 %), kelas II sebanyak 46 TT (19,57 %), kelas III sebanyak 71 TT (30,21 %) dan lain-lain (UGD, ICU) sebanyak 23 TT (9,79 %).

Hasil kegiatan rawat inap pada Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Arang Boyolali mulai tahun 1998 sampai tahun 2002 dapat dilihat pada tabel 1.1 dibawah ini.

Tabel 1.1
Hasil kegiatan Rawat Inap Rumah Sakit Umum
Pandan Arang Boyolali Tahun 1998 s/d 2002

No	Kegiatan	1998	1999	2000	2001	2002	Stan- dar
1	Kapasitas tempat tidur	211	227	235	242	242	-
2	Jumlah pasien dirawat	14.729	16.376	16.924	16.678	16.177	-
3	Jumlah hari perawatan	61.195	66.998	70.929	71.018	71.006	-
4	Rata2 pasien dirawat/ hr	6	7	7	7	7	-
5	Jumlah pasien meninggal	489	521	495	446	523	-
6	BOR (%)	80,86	81,78	82,69	81,40	80,38	75-85
7	LOS (hari)	4	4	4	4	4,4	6-12
8	TOI (hari)	1	1	1	1	1	1-3
9	BTO (kali)	68	69	69	66	66,68	30
10	GDR (%)	3,35	3,34	3,06	2,87	3,24	-
11	NDR (%)	1,84	1,73	1,72	1,18	1,59	-
12	MDR (%)	0,93	0,65	0,44	0,13	0,15	-
13	FDR (%)	1,08	1,08	1,08	0,64	1,54	-
14	IDR (%)	7,28	7,28	5,83	6,67	6,16	-

Sumber : Urusan Rekam Medis RSU PA Boyolali, 2002

Dari tabel 1 diatas terlihat bahwa penambahan kapasitas tempat tidur setiap tahun diiringi dengan peningkatan jumlah pasien, sehingga jumlah hari perawatan meningkat dan BOR pun meningkat pula. Indikator ini menunjukkan bahwa tingkat pemanfaatan oleh masyarakat pun semakin meningkat pula, pencapaian BOR yang stabil diatas 80 %

selama tiga tahun berturut-turut dianggap memenuhi syarat untuk menambah tempat tidur baru.

Untuk melayani segmen masyarakat kelas menengah keatas di Kabupaten Boyolali yang banyak berobat ke Solo, maka mulai tahun anggaran 1990/1991 dibangun rawat inap paviliun dengan jumlah tempat tidur saat ini menjapai 58 TT, pendanaan bersumber dari APBN dan APBD Kabupaten Boyolali. Hasil kegiatan Paviliun pada tahun 1998 sampai tahun 2001 dapat dilihat pada tabel 1.2 berikut :

Tabel 1.2
Hasil kegiatan Paviliun Rumah Sakit Umum
Pandan Arang Boyolali Tahun 1998 s/d 2001

No	Kegiatan	1998	1999	2000	2001	2002	Standar
1	Kapasitas tempat tidur	46	46	58	58	58	-
2	Jumlah pasien dirawat	2.881	3.083	3.323	3.870	3.843	-
3	Jumlah hari perawatan	14.426	15.669	17.207	19.829	20.015	-
4	Rata2 pasien dirawat/ hr	8	8	9	10	10	-
5	Jumlah pasien meninggal	81	116	125	124	114	-
6	BOR (%)	85,92	93,32	81,28	93,66	94,53	75-85
7	LOS (hari)	5	5	5	5	5	6-12
8	TOI (hari)	0,8	0,38	1	0,35	0,32	1-3
9	BTO (kali)	59	63	54	65	63	30
10	GDR (%)	2,94	4,29	3,98	3,28	2,87	-
11	NDR (%)	2,11	2,68	1,05	0,79	1,88	-

Sumber : Urusan Rekam Medis RSU PA Boyolali, 2002

Dari tabel diatas terlihat ada peningkatan jumlah pasien yang dirawat dan jumlah hari perawatan dari tahun ke tahun. Adanya penurunan BOR tahun 2000 dikarenakan terjadi perubahan waktu penghitungan bulan dalam anggaran (dari Maret – April menjadi

Januari – Desember), sehingga perhitungan hasil tahun 2000 dihitung mulai bulan April sampai Desember (9 bulan).

Seiring dengan meningkatnya pendapatan masyarakat Kabupaten Boyolali dan kebutuhan akan mutu pelayanan kesehatan, maka pihak manajemen Rumah Sakit Umum Pandan Arang pada tahun 2002-2003 telah membangun rawat inap baru yaitu Ruang super VIP sebanyak 16 unit dan selesai bulan Maret 2003. Mengingat sarana yang ada belum lengkap maka mulai bulan Mei 2003 baru dapat dioperasikan sebanyak 8 kamar (50%).

Harapan pembangunan ruang super VIP selain dapat meningkatkan pelayanan kepada masyarakat juga untuk meraih konsumen kelas atas yang saat ini masih mencari pelayanan kesehatan di luar Kota Kabupaten Boyolali (Semarang, Jogjakarta dan Surakarta). Sebagai gambaran jarak Kota Surakarta dengan Kota Boyolali \pm 30 Km sedangkan Rumah sakit pesaing yang ada di Kota Surakarta adalah RS Dr. Moerwadi (pemerintah), RS Kasih Ibu, RS Dr. Oen, RS Panti Kosala (swasta).

Sejalan dengan pembangunan Ruang Super VIP, pihak manajemen rumah sakit Pandan Arang telah mengajukan perubahan tarif pelayanan terhadap semua produk yang dihasilkan rumah sakit termasuk usulan penetapan tarif terhadap fasilitas rawat inap Super VIP. Khusus untuk tarif Paviliun diusulkan dari Rp.20.000,- menjadi Rp.40.000,-/hari/pasien (satu kamar untuk 2 orang), VIP Rp.60.000,-

/pasien/hari (satu kamar Paviliun untuk 1 pasien) dan Super VIP (masih dalam taraf ujicoba) dengan tarif Rp. 105.000,-/ pasien/ hari (satu kamar untuk 1 pasien).

Sebagai rumah sakit swadana dengan tambahan fasilitas rawat inap Super VIP tersebut diharapkan juga dapat meningkatkan citra rumah sakit, menumbuhkan motivasi kerja karyawan dan dokter serta dapat berfungsi sebagai subsidi silang terhadap pelayanan rumah sakit yang ditujukan pada fungsi sosial.

Berdasarkan hal-hal tersebut diatas, maka diperlukan studi analisis mengenai kelayakan pembangunan ruang super VIP pada Rumah Sakit Umum Pandan Arang Boyolali, dengan pertimbangan seperti berikut :

1. Suatu proyek investasi seharusnya dilakukan studi kelayakan terlebih dahulu, apakah layak atau tidak untuk dilaksanakan. Analisis kelayakan yang diperlukan antara lain dari aspek : teknis, ekonomi, sosial, budaya dan politis, lingkungan serta pasar dan pemasaran (Sutoyo,2000).
2. RSU Pandan Arang Boyolali merupakan satu-satunya rumah sakit milik pemerintah daerah Kabupaten Boyolali, yang mana saat ini telah berubah status kelembagaanya menjadi Badan Rumah Sakit Umum, untuk itu diperlukan strategi pengembangan yang baik dan benar.

3. Ruang Rawat inap Super VIP merupakan produk baru yang belum pernah ada, baik untuk rumah sakit Pandan Arang maupun rumah sakit swasta di Kabupaten Boyolali, bahkan mungkin belum pernah ada pada rumah sakit *type C*. Untuk itu perlu dianalisa dari berbagai aspek khususnya aspek ekonomi, sehingga dapat diketahui apakah proyek investasi tersebut dapat memberikan keuntungan bagi rumah sakit umum Pandan Arang Boyolali.
4. Dalam analisis ekonomi untuk mengukur sampai sejauhmana suatu proyek investasi mampu memberikan keuntungan yang layak, dapat digunakan dua macam metode, yaitu : metode konvensional dan metode *discounted cash flow* (Sutojo,2000 ; Sartono,1999). Dalam penelitian ini akan digunakan metode *discounted cash flow* dengan tolok ukur profitabilitas : *Net Present Value (NPV)*, *Internal Rate of Return (IRR)* dan *Pay Back Period (PBP)*. Dipilihnya metode ini, karena metode *discounted cash flow* memperhatikan nilai waktu uang (*the time value of money*). (Sutojo,2000 ; Sartono,1999 ; Gaspersz,2001)

B. PERUMUSAN MASALAH

Setiap proyek investasi termasuk pembangunan ruang Super VIP yang merupakan produk baru pada rumah sakit umum Pandan Arang, sebelum dilaksanakan perlu dilakukan studi kelayakan dari berbagai aspek khususnya aspek ekonomi, sehingga didapatkan

manfaat proyek yang optimal. Selain itu berdasarkan beberapa penelitian sebelumnya mengenai investasi ruang rawat inap Paviliun yang tingkatnya lebih rendah dari Super VIP pada rumah sakit pemerintah ternyata belum dapat memberikan nilai ekonomis proyek.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, maka diajukan penelitian tentang analisis aspek ekonomi pembangunan Rawat Inap Super VIP di Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Arang Boyolali. Dalam penelitian ini perumusan masalahnya adalah : Apakah ruang rawat inap Super VIP pada Rumah Sakit Umum Pandan Arang Boyolali yang saat ini dalam taraf ujicoba layak untuk dioperasionalkan ?

Sesuai dengan rumusan masalah, maka pertanyaan yang diajukan dalam penelitian ini seperti di bawah ini :

1. Berapa biaya investasi yang diperlukan untuk pembangunan Rawat Inap Super VIP RSUD Pandan Arang ?
2. Fasilitas apa saja yang disediakan pada Ruang Rawat Inap Super VIP RSUD Pandan Arang ?
3. Berapa estimasi utilisasi Ruang Super VIP RSUD Pandan Arang selama 5 tahun kedepan (Tahun 2004 s/d 2008) ?
4. Bagaimana estimasi aliran kas selama lima tahun kedepan (Tahun 2004 s/d 2008) yang diharapkan dari Ruang Super VIP RSUD Pandan Arang ?

5. Berapa tarif yang layak berdasarkan biaya investasi pembangunan Ruang Super VIP RSUD Pandan Arang ?
6. Faktor apa saja yang mendukung maupun yang menghambat keputusan pembangunan Super VIP RSUD Pandan Arang ?

C. TUJUAN PENELITIAN

Umum :

Menganalisis secara ekonomi kelayakan Pembangunan Ruang Rawat Inap Super VIP pada Rumah Sakit Umum Pandan Arang Boyolali.

Khusus :

1. Mengetahui biaya investasi yang diperlukan untuk pembangunan ruang Rawat Inap Super VIP.
2. Mengetahui sarana dan fasilitas ruang Rawat Inap Super VIP.
3. Melakukan estimasi utilisasi ruang Rawat Inap Super VIP.
4. Melakukan estimasi aliran kas selama lima tahun yang diharapkan dari Rawat Inap Super VIP berdasarkan tarif yang berlaku.
5. Menganalisis kelayakan investasi Rawat Inap Super VIP berdasarkan tarif yang berlaku.
6. Melakukan *benchmarking* ke RS Dr. Moerwadi Surakarta untuk mengetahui gambaran fasilitas ruang super VIP dan Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung dan penghambat terhadap kelayakan operasional rawat inap ruang Super VIP RSUD Pandan Arang Boyolali.

D. KEASLIAN PENELITIAN

Sepanjang pengetahuan penulis, penelitian serupa belum pernah dilaksanakan di RSUD Pandan Arang maupun rumah sakit lain di Kabupaten Boyolali. Namun penelitian sejenis telah dilakukan oleh :

1. Sarjana (1994) metode yang digunakan deskriptif evaluatif, yaitu menganalisis jumlah pasien rawat inap kelas I dan kelas utama dan pendapatan Rumah Sakit untuk mengembangkan rawat inap Paviliun. Perhitungan kelayakan investasi menggunakan metode *Net Present Value*. Hasil penelitian menyatakan bahwa RS RA Soewondo Pati secara ekonomi layak membangun rawat inap Paviliun dengan kapasitas 10 kamar dengan 10 tempat tidur dari sumber pendapatan sendiri dengan tarif kamar sesuai Perda setempat (Rp.55.000,-/ hari). Perbedaannya adalah bila Sarjana melakukan penelitian sebelum proyek investasi dilaksanakan sedangkan penelitian ini proyek investasi dalam taraf penyelesaian bahkan sebagian kamar rawat inap (50%) sudah dioperasikan (taraf ujicoba).
2. Sumiati Suhartono dan Hari Kusnanto (1997), melakukan kajian ulang pada Rumah sakit yang sama terhadap penelitian Sarjana dengan metode *Net Operating Cash Flow* menggunakan data yang bersumber dari catatan masuk dan keluar berkaitan dengan pelayanan paviliun pada bulan Juli 1996 sampai Desember 1997. Hasil penelitian didapatkan bahwa tarif kamar yang layak adalah

Rp. 75.000 ,-/ hari. Perbedaannya adalah bila penelitian Sumiati Suhartono dan Hari Kusnanto merupakan studi evaluatif, sedangkan pada penelitian ini merupakan studi kasus.

3. Marsono (1999) metode yang digunakan deskriptif analitik kualitatif, yaitu mengevaluasi kegiatan rawat inap Paviliun yang telah ada dan menganalisis kelayakan pembangunan Paviliun baru dengan fasilitas yang sama. Perhitungan kelayakan investasi menggunakan metode *Net Present Value* serta *Internal Rate of Return* dan *Benefit Cost Ratio*. Hasil penelitian ternyata berdasarkan perhitungan *Net Present Value* dengan tarif kamar sesuai perda setempat (Rp. 95.000/ hari), ternyata tidak layak untuk dilaksanakan pembangunan Paviliun baru. Berdasarkan perhitungan *Internal Rate of Return* dan *Benefit Cost Ratio* pembangunan Paviliun baru layak dilaksanakan dengan perubahan tarif secara *Normal pricing* menjadi Rp. 175.000 ,- / hari. Pada penelitian Marsono merupakan pengembangan produk yang sudah ada (penambahan kapasitas rawat inap Paviliun) dengan sasaran konsumen yang sama, sedangkan pada penelitian ini adalah penambahan kapasitas dan peningkatan fasilitas rawat inap (diversifikasi produk) dengan sasaran konsumen yang berbeda.

Perbedaan lainnya dengan penelitian-penelitian terdahulu adalah penelitian ini selain meneliti aspek ekonomi pembangunan Rawat Inap Super VIP, Juga akan meneliti aspek politis mengenai

kebijakan pembangunan fasilitas tersebut serta melakukan Benchmarking kepada Rumah Sakit yang mempunyai fasilitas sejenis.

E. MANFAAT PENELITIAN

1. Bagi RSUD Pandan Arang : diharapkan dapat bermanfaat dalam pengambilan keputusan pembangunan rawat inap baru dengan fasilitas diatas Paviliun yang telah ada.
2. Bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Boyolali : sebagai masukan kepada Pemerintah Daerah dalam pembiayaan rumah sakit dan kebijakan pelaksanaan pembangunan rawat inap baru.
3. Bagi Akademik : Dapat memberi masukan bagi peneliti berikutnya tentang analisis diversifikasi produk pada suatu rumah sakit yang berbeda dengan Rumah Sakit Umum Pandan Arang Boyolali.
4. Bagi Peneliti sendiri : Memperluas pengetahuan dan pengalaman dalam menganalisis rencana pembangunan Rawat Inap Super VIP.

F. RUANG LINGKUP PENELITIAN

1. Lingkup Keilmuan

Penelitian ini termasuk kedalam ilmu kesehatan masyarakat, khususnya bidang Administrasi Rumah Sakit.

2. Lingkup Lokasi

RSUD Pandan Arang Boyolali

3. Lingkup Materi

Kelayakan investasi secara ekonomi dengan menghitung NPV, IRR dan PBP berdasarkan estimasi aliran kas lima tahun mendatang serta aspek politis pembangunan rawat inap Ruang Super VIP

4. Lingkup Sasaran

Sasaran dalam penelitian ini adalah menganalisis biaya yang telah dikeluarkan untuk pembangunan fasilitas rawat inap Ruang Super VIP dan memprediksi tingkat hunian serta tarif sehingga sehingga Ruang Super VIP layak untuk dioperasikan.

5. Lingkup Masalah

Masalah dibatasi pada penentuan tarif yang layak berdasarkan nilai investasi pembangunan rawat inap Ruang Super VIP

6. Lingkup Metode

Metode yang dilakukan dengan cara observasi, wawancara mendalam dan pengumpulan data sekunder serta benchmarking ke rumah sakit dr. Moewardi Surakarta.

7. Lingkup Waktu

Penelitian ini dilakukan mulai dari pembuatan proposal penelitian sampai ujian tesis mulai bulan Januari 2002 sampai Desember 2003



UNIVERSITAS DIPONEGORO

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pelayanan Rumah Sakit.

Menurut organisasi kesehatan dunia WHO (1968), rumah sakit merupakan institusi dari organisasi kesehatan dan organisasi sosial yang berfungsi menyediakan pelayanan kesehatan yang lengkap, baik kuratif maupun preventif bagi pasien rawat - jalan dan rawat - inap melalui kegiatan pelayanan medis serta perawatan sekaligus sebagai pusat latihan personil kesehatan dan riset kesehatan. Smalley (1982) memberi batasan bahwa rumah sakit adalah sebuah organisasi yang kompleks yang sering disamakan dengan " hotel plus " yang terdapat berbagai jenis profesi dari berbagai jenis disiplin ilmu yang sangat spesialisistik, disamping tenaga yang umum sebagai penunjang seperti layaknya sebuah hotel, selain itu juga menyediakan makanan, tempat menginap dan fasilitas penunjang lainnya, termasuk hiburan.

Di Amerika Serikat, rumah sakit umum dibedakan menjadi rumah sakit pendidikan dan rumah sakit komunitas, meskipun keduanya sulit dibedakan (Snook, 1992), sedangkan menurut kepemilikannya dibagi menjadi rumah sakit milik pemerintah, rumah sakit milik swasta yang terdiri dari rumah sakit *non for profit* dan rumah sakit *for profit* (Griffith, 1987).

Di Indonesia, Departemen Kesehatan RI (1992) membedakan pelayanan kesehatan di rumah sakit dalam jenis pelayanan yang

bersifat dasar, spesialisik dan sub spesialisik, yang mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan kesehatan masyarakat. Rumah sakit bertugas untuk melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan. Untuk menyelenggarakan upaya – upaya tersebut rumah sakit mempunyai fungsi menyelenggarakan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, pelayanan asuhan keperawatan, pelayanan rujukan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dengan melakukan administrasi dan keuangan untuk terlaksananya misi rumah sakit.

Menurut Brotowasisto (1994), dalam meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit perlu memperhatikan hal berikut :

1. *Reability* : kemampuan untuk membrikan jasa secara handal dan akurat
2. *Assurance* : Pengetahuan, keahlian dan sikap karyawan dan kemampuan mereka untuk dapat dipercaya dan dihandalkan.
3. *Emphaty* : Pemberian perhatian atau berempati pada masing-masing konsumen.
4. *Tangibles* : Penampilan fisik, peralatan, pegawai dan alat komunikasi

Rumah sakit membuat keputusan tentang fasilitas mereka karena penampilan fisik dapat mempengaruhi sikap dan perilaku pasien. Setiap fasilitas perawatan dan pelayanan sosial lainnya mempunyai pandangan yang mungkin menambah atau mengurangi kepuasan dan penampilan kerja. Apabila gagal menangani fasilitas fisik dapat menciptakan ketidakpuasan pelanggan (Kotler, 1997, Dharmmesta dan Suprihanto, 1995).

Pembangunan fasilitas fisik rumah sakit baik yang bersifat pengembangan produk yang ada maupun produk baru merupakan suatu investasi. Menurut Fitz Gerald (1987) menyatakan bahwa investasi adalah aktifitas yang berkaitan dengan usaha penarikan sumber-sumber yang dipakai untuk mengadakan barang/ modal pada saat sekarang dan dengan barang/ modal tersebut akan dihasilkan aliran produk baru di masa yang akan datang. Namun untuk mengetahui apakah suatu proyek investasi layak dilaksanakan atau tidak, perlu dilakukan studi kelayakan dengan menganalisa dari berbagai aspek, yaitu aspek : teknis, ekonomi, sosial budaya dan politis, lingkungan dan pasar (Siswanto Sutoyo, 2000).

1. Aspek teknis, meliputi pengadaan bahan baku, bahan pembantu dan jenis teknologi atau peralatan yang digunakan termasuk jumlah tenaga kerja yang akan mengelola dan mengoperasikan proyek.

2. Aspek ekonomi mencakup penghitungan anggaran investasi yang dibutuhkan untuk membangun dan mengoperasionalkan proyek, struktur dan sumber pembiayaan investasi yang sehat serta prospek kemampuan proyek menghasilkan keuntungan.
3. Aspek sosial budaya, merupakan penyebab paling mendasar dari keinginan dan tingkah laku seseorang. *Klother dan Amsthrong* (1997) menyebutkan bahwa setiap kelompok atau masyarakat mempunyai suatu budaya, dan pengaruh budaya pada tingkah laku membeli bervariasi amat besar dari negara ke negara.
4. Aspek politis, kadang peraturan yang dikeluarkan pemerintah membawa dampak positif atau negatif pada permintaan atau suasana persaingan produk pada umumnya atau produk-produk tertentu.
5. Aspek lingkungan, Besar kecilnya kegiatan proyek disamping menimbulkan dampak sosio ekonomis yang positif pada masyarakat sekitar juga akan menimbulkan dampak negatif antara lain limbah beracun, polusi asap, getaran/ kebisingan dsb.
6. Aspek pasar dan pemasaran, yaitu apakah pada masa yang akan datang, ada cukup permintaan di pasar yang dapat menyerap produk yang akan dihasilkan proyek. Disamping itu bagaimana kemampuan proyek yang akan dibangun bersaing di pasar serta faktor ekstern perusahaan yang dapat mempengaruhi permintaan produk dan suasana persaingan di pasar.

Aspek ekonomi dari proyek industri berkaitan dengan pendugaan penerimaan total dan biaya total per satuan waktu. Pendugaan penerimaan total dan biaya total pada masa mendatang dapat menggunakan pendekatan peramalan (*forecasting*) atau metode lainnya seperti : *unit engineering costing* (Vincent Gasperstz,2001).

B. Pembiayaan Rumah Sakit.

Didalam perspektif sejarah perkembangan perumahan sakitan sejak awal abad 19, pembiayaan rumah sakit disamping didapat dari penguasa juga diperoleh dana dari pasien, dan telah pula berkembang pemberian layanan rumah sakit yang tergantung kebutuhan dan kemampuan pasien (Purwanto, 1997). Perkembangan demikian menunjukkan bahwa pembiayaan rumah sakit disamping berasal dari penguasa (pemerintah) juga berasal dari pasien, dan secara tidak langsung telah terbentuk kelas – kelas pelayanan perawatan di rumah sakit. Pertumbuhan rumah sakit semakin pesat, dan penyandang dana semakin terbuka, tidak hanya dimonopoli pemerintah sesuai laporan WHO, pembiayaan oleh swasta makin meningkat/ berkembang (Trisnantoro, 1993).

Biaya pelayanan kesehatan bagi rumah sakit pemerintah sebagian besar berasal dari subsidi pemerintah yang berasal dari berbagai sumber dan disalurkan melalui jalur yang cukup banyak. Akibatnya kurang efisien dan terjadi ketidak seimbangan antara biaya

pembangunan dan biaya operasional yang hanya dialokasikan sebesar 50 % dari kebutuhan biaya (Wasisto, 1994). Jumlah biaya yang diperlukan oleh rumah sakit ternyata masih mengalami kekurangan, terutama dalam hal biaya operasional. Biaya rumah sakit tersebut menurut Joskow dalam Sjaaf (1994) sekitar 60 % dihabiskan untuk mengadakan masukan atau input yang dibutuhkan untuk kegiatan dan 75 % dari biaya tersebut ternyata dipergunakan untuk kegiatan yang dikaitkan dengan peningkatan jumlah, kualitas dan lingkup jenis pelayanan.

Menurut Pelfrey (1995) biaya yang diperlukan rumah sakit pada umumnya dipergunakan untuk :

- 1) Biaya langsung pengadaan material yang dipergunakan langsung untuk menghasilkan jasa ;
- 2) Biaya langsung tenaga kerja ;
- 3) Biaya *overhead*.

Pembiayaan rumah sakit semakin terbuka dengan adanya Keppres RI No. 99 tahun 1998 (Kadarisman, 1999), namun pada sisi lain kewajiban terhadap pemilik modal semakin tinggi. Oleh karena itu rumah sakit dalam mencari dana harus tetap dapat mempertahankan struktur modal yang optimal, sehingga dapat meminimalkan penggunaan dana.

C. Analisis Biaya Rumah Sakit

Menurut Gani (1993) Analisis biaya adalah suatu kegiatan menghitung biaya untuk berbagai pelayanan yang ditawarkan, baik secara total maupun per unit/ perpasien dengan cara menghitung seluruh biaya pada seluruh unit/ pusat biaya serta mendistribusikan ke unit-unit produksi yang kemudian dibayar oleh pasien.

Tujuan analisis biaya adalah untuk mendapatkan informasi mengenai biaya total dan biaya satuan di tempat pelayanan kesehatan seperti Puskesmas dan Rumah Sakit.

Secara khusus kegiatan analisis biaya bertujuan untuk :

1. Mendapatkan gambaran biaya tiap unit/ bagian yang merupakan "Pusat Biaya" (Cost Center) dan "Pusat Pendapatan"(Revenue Center).
2. Mendapatkan gambaran biaya tiap unit/ kegiatan pokok tersebut, baik "Biaya Tetap"(Fixed Cost) maupun "Biaya Variabel"(Variabel Cost)/ Biaya Operasional pemeliharaan identifikasi biaya APBN, APBD I, APBD II dan kegiatan operasional lain yang dibiayai oleh sumber lain.
3. Mendapatkan gambaran pendapatan baik bersumber dari pemerintah maupun dari retribusi
4. Mendapatkan gambaran biaya satuan pelayanan di tempat pelayanan kesehatan (Puskesmas dan Rumah Sakit)
5. Sebagai dasar penetapan tarif pelayanan kesehatan

6. Mendapatkan gambaran tentang tingkat kemandirian pelayanan kesehatan (CRR)
7. Mendapatkan gambaran berapa besar subsidi yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan.

Dalam kaitannya dengan lama penggunaannya biaya dibedakan menjadi :

1. Biaya Investasi (*Investment Cost*), yaitu biaya yang kegunaannya dapat langsung dapat berlangsung dalam relatif lama (lebih dari satu tahun). Biaya investasi biasanya berhubungan dengan pembangunan atau pengembangan infra struktur fisik dan kapasitas produksi.
Contoh : Biaya pembangunan gedung, pembelian kendaraan, pembelian alat kedokteran dsb.
2. Biaya Operasional (*Operasional Cost*), yaitu biaya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan dalam proses produksi dan memiliki sifat "habis pakai" dalam kurun waktu yang relatif singkat (kurang dari satu tahun), misalnya : Biaya obat, makanan, air, telepon, listrik dsb.
3. Biaya Pemeliharaan (*Routinal Cost*), yaitu biaya yang dikeluarkan untuk mempertahankan nilai suatu barang investasi agar terus berfungsi, misalnya : biaya pemeliharaan gedung, pemeliharaan kendaraan, pemeliharaan alat-alat kesehatan, pemeliharaan alat-alat non kesehatan.

Biaya pemeliharaan lazimnya direncanakan tiap tahun. Pengeluaran biaya untuk biaya operasional dan biaya pemeliharaan dikeluarkan secara berulang-ulang, maka sering disebut biaya berulang (*Recurrent Cost*).

D. Penetapan Tarif

Penetapan tarif rumah sakit berdampak langsung terhadap tingkat *Cost recovery*, oleh karena itu penetapan tarif merupakan kegiatan yang penting dalam rangka peningkatan *Cost recovery*, untuk mengurangi tingkat subsidi pemerintah. Sesuai dengan keputusan Menteri Kesehatan RI No.582/MENKES/SK/VI/1997, pola tarif rumah sakit umum diatur berdasarkan kelas perawatan dan *unit cost* dengan dasar perhitungan sebagai berikut :

Kelas III B	= $\frac{1}{3}$ x unit cost kelas 2
Kelas III A	= $\frac{1}{3} - \frac{1}{2}$ x unit cost kelas 2
Kelas II	= 1 x unit cost kelas 2
Kelas I	= 2 – 9 x unit cost kelas 2
Kelas Utama	= 10 – 20 x unit cost kelas 2

Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan RI tersebut penetapan tarif rumah sakit diatur agar bagi masyarakat yang tidak mampu membayar diberi subsidi, sedangkan bagi masyarakat mampu dapat mensubsidi pelayanan rumah sakit .

Menurut Gani,A (1994), tujuan penetapan tarif di rumah sakit pada umumnya adalah sebagai berikut :

1. *Cost recovery*

Adalah tingkat sejauhmana pendapatan rumah sakit dapat menutupi biaya operasional maupun biaya yang dikeluarkan. Pada rumah sakit pemerintah yang disubsidi, maka pendapatan dari penderita diharapkan hanya mencapai pada tingkat *cost recovery* tertentu.

2. Subsidi silang

Tujuan lain penetapan tarif adalah untuk menyeimbangkan penggunaan pelayanan bagi masyarakat golongan ekonomi kuat dan masyarakat ekonomi lemah. Hal ini penting mengingat kondisi masyarakat dalam kemampuan ekonomi masih sangat heterogen.. Penetapan tarif berdasarkan unit cost dan kelas perawatan jelas mengungkapkan kemauan dan kemampuan pasien membayar (*willingness to pay and ability to pay*).

3. Maksimalisasi pendapatan

Pendapatan yang dimaksud adalah pendapatan rumah sakit dari pembayaran pasien. Apabila tarif yang berlaku lebih tinggi dari biaya (*unit cost*), maka maksimalisasi pendapatan juga berarti memaksimalkan surplus yang berdampak lebih baik bagi rumah sakit untuk menutup biaya tetap.

4. Maksimalisasi penggunaan layanan

Tujuan penetapan tarif adalah untuk mendapatkan sebanyak mungkin pengguna jasa. Dalam mencapai tujuan ini maka tarif

kadang-kadang ditekan serendah mungkin. Pada jenis pelayanan tertentu dimana pelayanan dimana pelayanan yang mempunyai tarif rendah dianggap mempunyai mutu yang rendah pula. Sehingga tarif yang rendah belum tentu akan meningkatkan pengguna pelayanan, tetapi dapat menurunkan utilisasi.

5. Minimalisasi penggunaan pelayanan

Tarif dapat ditentukan bertujuan agar hanya sedikit mungkin pasien menggunakan jasa pelayanan yang ditawarkan.

6. Menciptakan surplus.

Surplus adalah selisih antara pendapatan dan pengeluaran dan sering dikenal sebagai keuntungan. Surplus tidak bertujuan untuk menarik keuntungan dari orang sakit. Perkembangan pengelolaan rumah sakit sebagai unit swadana, surplus dipergunakan sebagai cadangan untuk biaya operasional dan investasi dimasa yang mendatang untuk mengimbangi kebutuhan finansial dimasa-masa sulit. Surplus bagi rumah sakit pemerintah dapat pula diperuntukkan bagi subsidi silang.

Tarif rumah sakit pemerintah umumnya mempunyai tingkat pemulihan biaya (*cost recovery*) yang rendah. Kelas utama digunakan untuk masyarakat yang mampu, sehingga apabila tingkat pemulihan biaya juga rendah berarti masyarakat tingkat atas menerima subsidi oleh pemerintah. Hal ini tidak sesuai dengan kebijakan subsidi silang di rumah sakit (Trisnantoro,1997). Penetapan tarif secara sederhana,

dilakukan dengan menghitung seluruh biaya ditambah dengan keuntungan (*full cost pricing*). Langkah utama yang harus dikerjakan adalah melakukan analisis biaya yang dibutuhkan, sedangkan teknik penetapan tarif ini mengabaikan permintaan (Trisnantoro,1997).

Penetapan tarif dapat dilakukan dengan menghitung anggaran biaya variable rata-rata (*variable costing*), ditambah dengan persentase tertentu (Arsyad,1991) (Mulyadi,1997) penentuan harga jual dapat dilakukan dengan normal pricing, yaitu taksiran biaya penuh ditambah laba yang diharapkan. Diharapkan tambahan (*mark up*) tersebut cukup besar untuk dapat menghasilkan laba. Metode ini disebut sebagai *mark up pricing*. Cara tersebut dapat ditunjukkan dalam persamaan :

$$P = \text{Taksiran biaya penuh} + \text{Laba yang diharapkan}$$

Penetapan tarif pelayanan rumah sakit disamping didasarkan atas kemampuan membayar penderita, juga prinsip cost recovery. Dimana pencapaian *cost recovery* Rumah sakit pemerintah pada umumnya relatif masih kecil. Sebagai akibatnya subsidi pemerintah cukup besar dan dapat terjadi subsidi tersebut dialokasikan kepada pelayanan golongan atas yang seharusnya tidak memerlukan subsidi.

Menurut Sabarguna (2003) penentuan tarif yang berdasarkan kira-kira saja memang dapat dilakukan dan untuk sementara tak akan terlihat hubungannya antara anggaran rumah sakit dengan kepuasan

pasien, tetapi pada kondisi kompetisi dan kondisi pengarahannya yang ketat, maka penentuan tarif yang lebih rasional diperlukan. Rumus perhitungannya adalah sebagai berikut :

$$T \times Q = BT + Q \times BV \quad \text{atau} \quad T \times Q = BT + Q \times BV + L + P + K$$

Dimana :

T	= Tarif	L	= Laba
Q	= Jumlah pelayanan	P	= Pemasaran
BT	= Biaya tetap	K	= Pengembangan
BV	= Biaya variabel		

E. Rumah Sakit Swadana

Berdasarkan Keputusan Presiden RI (1991), unit swadana adalah satuan kerja tertentu yang diberi kewenangan untuk menggunakan penerimaan fungsionalnya secara langsung. Penerimaan tersebut merupakan unsur biaya yang diperlukan bagi produksi barang atau jasa yang diperlukan masyarakat atau instansi Pemerintah. Unit swadana memungut biaya sebagai imbalan atas pelayanan yang diberikannya sesuai dengan harga satuan atau tarif yang berlaku.

Dana swadana dapat digunakan untuk :

- a. Kegiatan operasional yang berkenaan dengan produksi barang atau jasa yang diminta
- b. Kegiatan pemeliharaan

- c. Proram peningkatan sumber daya manusia di unit swadana yang bersangkutan.

Penggunaan dana untuk investasi sarana dan prasarana ditetapkan oleh pemerintah.

Departemen Kesehatan RI (1991), menjelaskan bahwa unit swadana merupakan pemberian otonomi lebih luas kepada rumah sakit pemerintah termasuk dalam pengelolaan dan penggunaan langsung penerimaan Rumah Sakit yang bersangkutan. Salah satu tujuan yang diharapkan adalah agar rumah sakit meningkat kemandiriannya, sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan. Dalam rangka mempersiapkan rumah sakit pemerintah menjadi unit swadana dilakukan intervensi di sembilan bidang, yaitu : peraturan, struktur organisasi, rekam medis, sistem manajemen informasi, sistem akuntansi, sistem pembiayaan, pola penyusunan tarif, standar pelayanan rumah sakit dan standar pelayanan farmasi.

Harapan Pemerintah terhadap Rumah Sakit Swadana adalah (DirJen YanMedik, 1991) :

- a. Pemanfaatan Rumah Sakit oleh masyarakat golongan menengah keatas dapat meningkat
- b. Biaya operasional dan pemeliharaan rumah sakit dapat meningkat, sehingga kinerja pengelola dan citra Rumah Sakit dapat diperbaiki.

- c. Subsidi Pemerintah kepada Rumah Sakit Unit Swadana dapat dikurangi untuk selanjutnya dialihkan ke Pusat Pelayanan Kesehatan lainnya, sehingga dapat meningkatkan pemerataan.

F. Pelayanan Rawat Inap rumah sakit

Rawat inap merupakan komponen pelayanan rumah sakit, kapasitas rawat – inap diukur dengan jumlah tempat tidur. Dalam dekade terakhir, telah terjadi perubahan yang berarti yaitu pemanfaatan tempat tidur untuk penyakit dalam dan bedah menurun, sedangkan tempat tidur untuk perawatan intensif semakin meningkat, tetapi rumah sakit tetap menggunakan tempat tidur sebagai ukuran tingkat hunian (Snook, 1992). Suatu institusi dikategorikan rumah sakit bila paling sedikit memiliki 6 tempat tidur untuk merawat pasien dengan lama perawatan di rumah sakit lebih dari 24 jam setiap kali admisi (American Hospital Association dalam Griffith, 1987).

Pelayanan rawat – inap adalah pelayanan kepada pasien yang perlu menginap untuk keperluan observasi, diagnosis dan terapi bagi individu dengan keadaan medis tertentu, pada kasus bedah, kebidanan, penyakit kronis atau rehabilitasi yang memerlukan pengawasan dokter setiap hari (Griffith, 1987). Menurut Depkes (1997) pelayanan rawat – inap adalah pelayanan terhadap pasien yang masuk rumah sakit, yang menempati tempat tidur untuk keperluan

observasi, diagnosis, terapi, rehabilitasi medik dan atau pelayanan medik lainnya.

Tuntutan masyarakat terhadap penyediaan fasilitas ruang rawat inap yang sesuai dengan tingkat sosial mereka, mendorong tiap sakit untuk menyediakan fasilitas rawat inap sekelas hotel berbintang, sebagaimana yang telah dilaksanakan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Arang Boyolali dengan menyediakan kelas Super VIP.

Sehubungan dengan hal tersebut, agar ruang rawat inap mencapai tuntutan yang diinginkan, diperlukan suatu ukuran yang menawarkan satu hasil yang baik, ketentuan ini terdapat dalam DIN 18.000 (Ernst Neufert, 2002). Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam merancang ruang rawat inap rumah sakit adalah :

1. Jumlah pasien pengguna ruang

Peningkatan rasa kurang nyaman atas perlakuan yang didapat pada perawatan rawat inap kelompok, telah menyebabkan orang mencari bentuk-bentuk baru cara perawatan. Pada perawatan satu kamar untuk satu orang, maka aksen utamanya pada kesinambungan keperawatan dan hubungan pribadi perawat pasien. Perawat mempunyai tanggung jawab lebih besar dari pada perawatan kelompok.

2. Pengukuran ruangan pasien

Ruang di kiri kanan tempat tidur harus cukup cukup untuk dapat dilalui. Meja dan kursi harus ditempatkan sedemikian rupa, sehingga

dalam penggantian seprei tidak ada perabot yang menghambat atau harus dikeluarkan. Ukuran minimal 90 – 95 cm, jarak antara tempat tidur dan dinding 80 cm, ruang kosong untuk ruang gerak tempat tidur 125 cm. Peraturan rumah sakit di Northwest mengharuskan luas minimal 10 m²

3. Tempat tidur pasien

Tempat tidur pasien harus dapat dijalankan dengan mudah oleh perawat, baik ketika ada pasien yang berbaring maupun tidak dan cukup stabil untuk di dorong. Luas permukaan tempat tidur 2,20 x 0,95 m (untuk tempat tidur khusus 2,40 x 1,00 m), tingginya tergantung kepada standar perawatan yang didapat di pasaran yaitu antara 45 dan 85 cm tanpa tingkat.

4. Lemari pasien

Sebuah lemari pasien harus dimasukkan dalam rancangan pembangunan untuk setiap tempat tidur. Lemari-lemari ditata sedemikian rupa sehingga dapat dilihat dari ruang perawatan. Dianjurkan tinggi lemari 140 cm yang terdiri dari bagian pakaian, tempat koper, laci tempat perhiasan dan uang yang dapat di kunci serta rak sepatu. Pintu lemari harus mempunyai sudut pembuka minimal 120°.

5. Pengaturan alat-alat komunikasi

Pengaturan alat komunikasi pada tempat tidur kini dihubungkan dengan jaringan komunikasi. Jaringan tersebut meliputi sklar

penerangan ruangan, lampu baca, alat pemanggil perawat, tempat pengambilan oxygen dan pompa hampa udara medis, radio, telepon

6. Penataan sanitasi

Instalasi sanitasi dari ruangan-ruangan perawatan yang ditata harus dihubungkan dengan penataan ruang kerja perawat, pemasangan *wastapel*, pemasangan *bath tub* dan *shower*.

7. Kamar mandi/ WC

Kamar mandi/ WC pasien harus dapat dicapai langsung tanpa koridor penyeberangan. Pada perancangan untuk setiap 2 tempat tidur harus dibangun satu buah dan harus terdapat *wastapel*, luas 15 m². Penyediaan pancuran air/ shower harus diatur secara sentral, sehingga petugas dapat memberi pengawasan dalam pemakaiannya. Gagang penahan dan tali penahan harus dimasukkan daloam rancangan, suhu udara yang masuk untuk air hangat tidak boleh lebih dari 45°C. Pintu harus terbuka keluar agar terhindar dari kesulitan ketika menolong pasien jatuh.

8. Ruang kerja non steril

Ruang ini harus dapat dijangkau dengan mudah oleh petugas tanpa harus melewati koridor penyebrangan. Setiap 8 posisi tempat tidur harus terdapat satu ruang kerja non-steril. Alat pencucian dan pembersih anti bakteri, *wastafel*, pelat kerja dengan penerapan yang baik, lemari-lemari atau rak untuk kantung pakaian kotor kosong harus tersedia. Luas $\pm 8 - 10 \text{ m}^2$.

9. Ruang kerja perawat

Yang paling baik adalah jika ruang kerja perawat terdapat di setiap ruang perawatan yang terdiri dari meja kerja, lemari yang menyatu untuk alat-alat perawatan steril.

10. Dapur kecil

Dapur ini merupakan pelengkap dari ruang istirahat. Di sini petugas sedapat mungkin diberikan kesempatan untuk menyiapkan makanan atau minuman dalam waktu istirahat yang singkat. Dapur harus berada di bagian tengah agar mudah menjangkau semua ruang perawatan dengan jalan singkat. Luas 8 – 10 m².

11. Ruang dokter

Ruang-ruang ini harus dikombinasikan antara yang satu dengan yang lain karena terdapat kegiatan dan hubungan yang sibuk antara ruangan-ruangan tersebut. Ruangan ini harus berada di bagian tengah. Luas masing-masing ruangan tergantung pada bagian bidang ahli (16 – 18 m²).

Selain itu arah yang baik untuk ruang perawatan terletak antara utara-barat dan utara-timur, kondisi ini akan membuat sinar matahari pagi yang sejuk. Penataan taman yang baik serta pembatas dinding bagian depan dan belakang ruangan (kecuali kamar/WC) dibuat dari bahan yang tembus pandang (kaca), sehingga akan memberikan kesan luas dan nyaman. Daerah perawatan sebaiknya di wilayah yang

terhindar dari lalu lintas tembus, sehingga tidak menimbulkan suasana ramai dan bising.

G. Keputusan Investasi

Keputusan investasi adalah merupakan proses penentuan proyek – proyek investasi utama suatu perusahaan untuk mencari aktiva nyata yang mempunyai nilai yang melebihi harga perolehannya (Rusli dan Kiagoes, 1993). Pengambilan keputusan investasi terjadi di segala unit organisasi dan cenderung meningkat yang dipengaruhi faktor – faktor situasi politik, keadaan ekonomi, tersedianya infrastruktur, modal dan keterampilan sumber daya manusia (Rik, 1995).

Didalam mengklasifikasikan keputusan investasi termasuk pengenalan proyek baru, penggantian peralatan, penelitian, eksplorasi dan lain-lain (Husnan, 1997) yang dilakukan dalam suatu periode tertentu yang berupa pembelanjaan beserta fasilitasnya. Investasi ini merupakan keputusan yang dibuat pada saat ini, namun sangat menentukan sukses atau gagalnya perusahaan dimasa depan.

Tahap-tahap dalam keputusan investasi menurut Trisnantoro (1997) adalah meliputi hal di bawah ini :

- a) Penentuan tujuan organisasi atau perusahaan yang hendak dicapai secara jelas.

- b) Prakiraan biaya proyek dan biaya operasi, investasi dan biaya operasional harus diperkirakan untuk memprediksi perilaku biaya.
- c) Perkiraan permintaan yang dipakai untuk memperkirakan jumlah penerimaan.
- d) Perhitungan tambahan aliran kas.
- e) Perhitungan nilai kas sekarang dengan mendiskontokan taksiran aliran kas dengan suatu tingkat biaya modal perusahaan akan didapatkan nilai sekarang.

H. Kriteria Penilaian Investasi

Menurut Mulyadi (1997), Agus Sartono (1999) metode yang dapat digunakan dalam menilai suatu keputusan investasi dan memilih berbagai alternatif investasi adalah : *Net Present Value (NPV)*, *Internal Rate Return (IRR)*, *Pay Back Methode/ Period (PBP)*, *Average Rate of Return* atau *Return on Investment (ARR)*, *Profitability Index* atau *Cost Benefit Ratio (CBR)*.

Kriteria penilaian investasi dipergunakan untuk menentukan diterima tidaknya suatu investasi yang telah disebutkan terdahulu sering dipergunakan secara sekaligus beberapa penilaian. Setiap kriteria mempunyai kelemahan dan kelebihan, sehingga keputusan penilaian yang paling tepat adalah dari penilai sendiri. Menurut Siswanto Sutojo (2000), *Pay Back Period* dan *Average rate of return*

merupakan metode konvensional, sedangkan *Net Present Value (NPV)*, *Internal Rate Return (IRR)*, *Profitability Index* atau *Cost Benefit Ratio (CBR)* merupakan metode *discounted cash flow*.

Kelebihan dan kelemahan menggunakan metode konvensional adalah lebih mudah cara perhitungannya namun mengabaikan nilai waktu uang, sedangkan metode *discounted cash flow* memperhatikan nilai waktu uang (*the time value of money*).

1. Net Present Value Method (NPV)

Net Present Value (NPV) merupakan selisih antara present value dari benefit dan present value dari biaya. Metode ini memperhatikan nilai waktu uang. *Procced* yang digunakan dalam menghitung *NPV* adalah *proceeds* yang didiskonto atas dasar biaya modal atau rate of return yang diinginkan. Cara perhitungan untuk menentukan *NPV* adalah sebagai berikut : (a) Nilai *cash flow* pada tahun 0 termasuk *inflows* dan *out flows* didiskonto sesuai dengan modal proyek; (b) Jumlahkan nilai sekarang (*present value*) hasil penjumlahan tersebut merupakan *NPV* proyek; (c) Apabila jumlah nilai *NPV* positif proyek tersebut menguntungkan, semakin tinggi nilai *NPV* semakin menguntungkan, apabila *NPV* bernilai 0 proyek hanya impas, dan apabila negatif proyek merugi (Gapenski, 1997).

Rumus perhitungannya adalah sebagai berikut (Agus Sartono 1999) :

$$NPV = \sum_{t=0}^n \frac{A_t}{(1+r)^t}$$

$$NPV = -A_0 + \sum_{t=1}^n \frac{A_t}{(1+r)^t}$$

r = Required rate of return atau average cost capital

A_0 = Initial investment

A_t = Proceed atau net cash flow

2. Internal Rate Return (IRR)

Metode penilaian usul investasi yang menggunakan discounted cash flows disebut pula metode *internal rate of return*. *Internal Rate Return* adalah discount rate yang membuat *Net Present Value (NPV)* menjadi 0. IRR juga dianggap sebagai tingkat keuntungan atas investasi bersih. Rumus IRR tidak dapat dipecahkan secara langsung, namun dapat dicoba (*trial and error*) dari beberapa nilai sehingga nilai dengan cara : (a) Dipilih nilai discount rate yang dianggap dekat dengan nilai Internal rate return yang benar, lalu dihitung Net Present Value dari pada arus benefit dan biaya. Nilai Internal rate return dapat pula dihitung dengan mencari nilai tunai aliran kas masuk bersih pada tarif kembalian yang dipilih secara sembarang di atas atau di bawah tarif kembalian investasi yang diharapkan; (b) Jika hasil NPV tadi negatif, hal itu berarti bahwa nilai percobaan terlalu tinggi (benefit diwaktu yang akan datang di discount dengan terlalu berat, yang

membuat present value biaya melebihi present value benefit), jadi dipilih nilai percobaan baru yang lebih rendah; dan (c) Jika sebaliknya hasil present value tersebut positif, diketahui bahwa nilai percobaan terlalu rendah (benefit waktu yang akan datang belum di *discount* dengan cukup berat untuk disamakan dengan present value biaya), jadi dipilih nilai percobaan baru yang lebih tinggi. Cara tersebut dilakukan berulang – ulang, sampai ditemukan tingkat bunga yang sama antara nilai sekarang dengan nilai sekarang investasi. Pada tingkat bunga yang sama inilah besarnya IRR dapat dihitung. Rumus perhitungannya adalah sebagai berikut (Agus Sartono,1999) :

$$\sum_{t=0}^n \frac{A_t}{(1+r)^t} = 0$$

A_t = Cash flow untuk periode t (net cash inflow/ outflow)
 n = Lamanya periode aliran kas yang diharapkan

3. Pay Back Method

Faktor yang menentukan suatu usulan investasi ditolak atau diterima adalah jangka waktu yang diperlukan untuk menutup kembali investasi. Rumus perhitungan pay-back dapat dibagi menjadi 2 kelompok : (a) yang belum memperhitungkan unsur pajak penghasilan dan (b) yang memperhitungkan unsur pajak penghasilan.

Rumus perhitungan *pay-back period* yang belum memperhitungkan unsur pajak penghasilan adalah sebagai berikut :

$$\text{Pay Back Period} = \frac{\text{Investasi}}{\text{Laba tunai rata2 pertahun}}$$

Dalam rumus perhitungan *pay - back period* tersebut pembilang yang berupa investasi merupakan aktiva diferensial yang direncanakan dalam usulan investasi perluasan usaha, dan penyebut yang berupa laba tunai merupakan pendapatan diferensial dikurangi dengan biaya diferensial tunai. Rumus perhitungan *pay - back period* yang memperhitungkan unsur pajak penghasilan adalah sebagai berikut :

$$\text{Pay Back Period} = \frac{\text{Investasi}}{\text{Laba Bersih}}$$

Dalam rumus perhitungan *pay-back period* tersebut, pembilang yang berupa investasi merupakan aktiva diferensial yang direncanakan dalam usulan investasi penggantian aktiva tetap atau perluasan usaha, dan penyebut yang berupa kas masuk bersih. Hasil investasi dapat diterima, bila *pay-back period* yang diusulkan lebih pendek dari *pay-back period* yang maksimal, maka usul investasi ditolak.

4. Average Return On Investment Methode

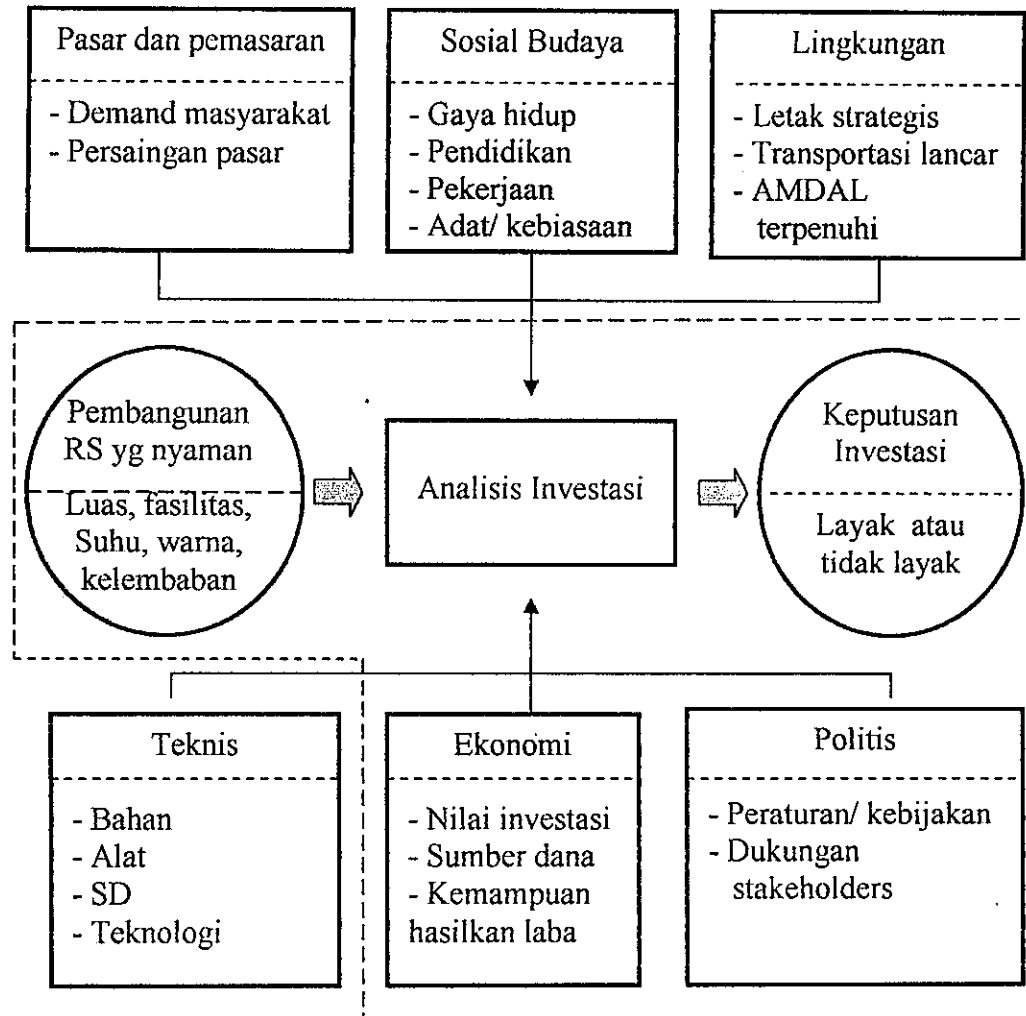
Metode ini sering disebut *accounting methode*, karena dalam perhitungannya digunakan laba akuntansi (*accounting profit*).

Rumus perhitungannya adalah sebagai berikut :

$$\text{Rata-rata kembalian investasi} = \frac{\text{Laba sesudah pajak}}{\text{Rata-rata investasi}}$$

Kebaikan dari metode ini adalah sederhana, dalam penghitungan menggunakan data akuntansi yang sudah tersedia sehingga tidak memerlukan perhitungan tambahan. Sesudah *accounting rate of return* dihitung, tahap berikutnya ialah mencocokkan ndengan minuman *accounting rate of return* yang diaggap wajar.

I. Kerangka Teori



Sumber : Sutojo (2000).

Keterangan : ----- Variabel yang diteliti.



UNIVERSITAS DIPONEGORO

BAB III

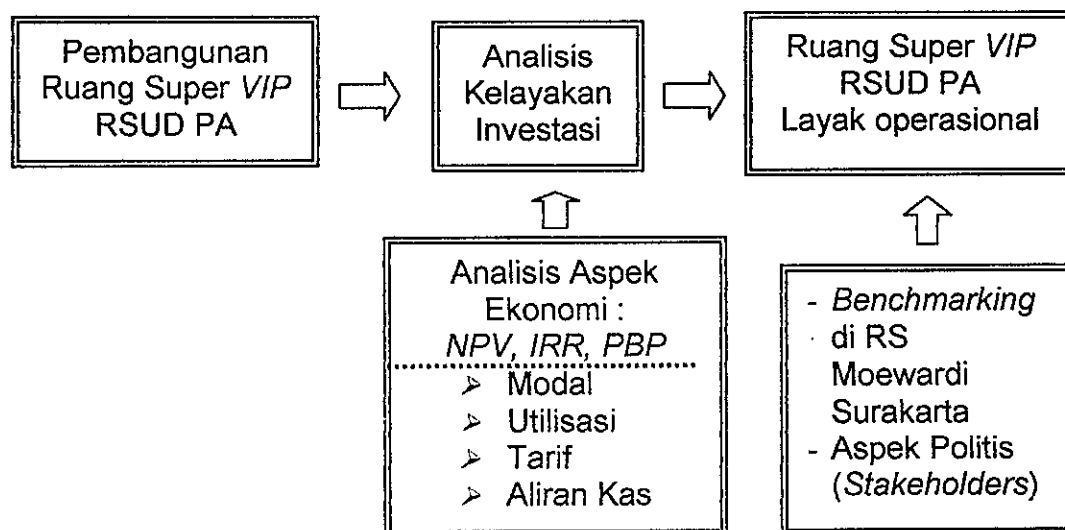
METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

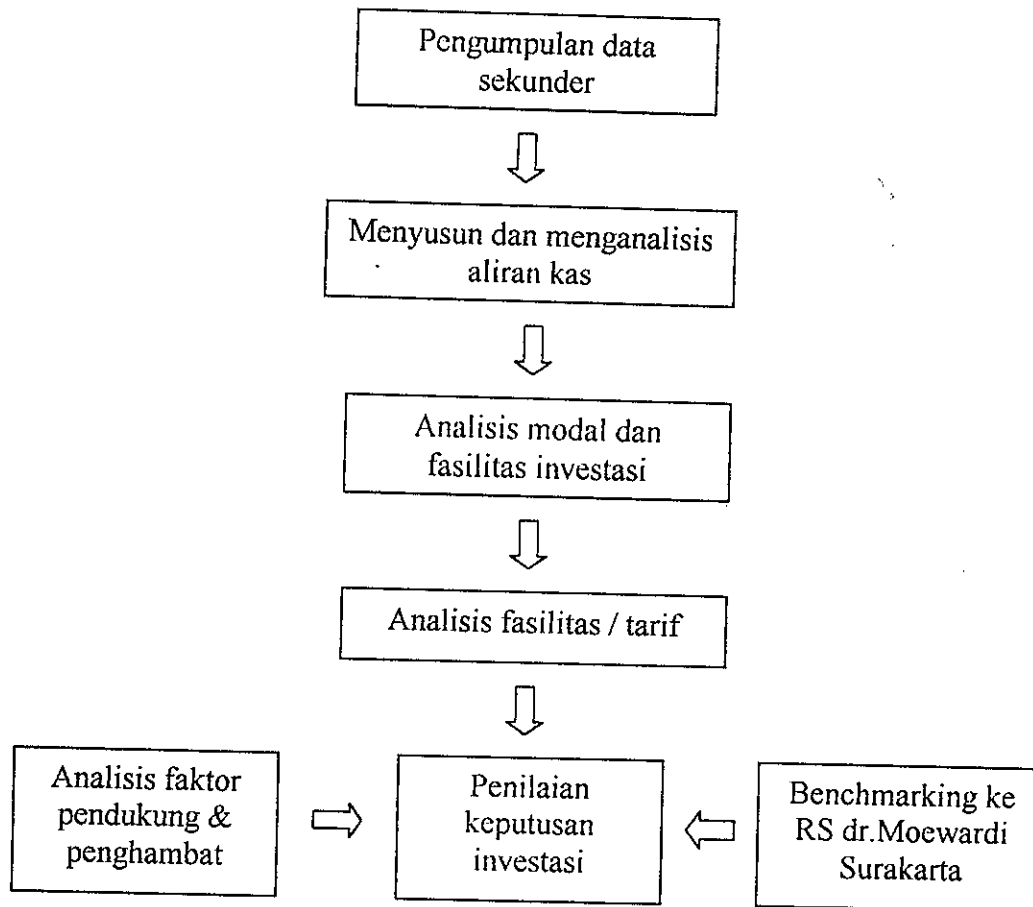
Penelitian yang dilakukan ini termasuk Deskriptif, yaitu studi untuk menemukan fakta dengan interpretasi yang tepat atau studi untuk menentukan frekuensi terjadinya suatu keadaan untuk meminimalkan bias dan memaksimalkan reabilitas (Moh.Nasir,1999). Desain penelitian merupakan studi kasus di Rumah Sakit Pandan Arang Boyolali, yaitu kasus pembangunan ruang rawat inap Super *VIP* di Rumah Sakit Umum Pandang Boyolali.

Ruang lingkup penelitian adalah analisis aspek ekonomis proyek pembangunan ruang rawat inap Super *VIP* di Rumah Sakit Umum Pandan Arang Boyolali.

B. Kerangka Konsep



C. Jalannya Penelitian



D. Definisi Operasional

1. Ruang Super *VIP* : adalah bangunan rawat inap baru yang saat ini sedang dalam taraf pembangunan di Rumah Sakit Umum Pandan Arang Boyolali yang diperuntukan bagi segmen menengah keatas dengan fasilitas diatas Paviliun (AC, water heater, telepon dsb.)
2. *Net Present Value (NPV)* yaitu keuntungan yang didapat dari estimasi selisih aliran kas bersih ruang Super *VIP* dan nilai

investasi (modal pembangunan ruang Super VIP) dengan memperhitungkan *discount factor* pada ruang Super VIP di RSUD Pandan Arang Boyolali. Rumus perhitungannya adalah sebagai berikut :

$$NPV = \sum_{t=0}^n \frac{At}{(1+r)^t}$$

$$NPV = -A_0 + \sum_{t=1}^n \frac{At}{(1+r)^t}$$

r = Required rate of return atau average cost capital

A_0 = Initial investment

A_1 = Proceed atau net cash flow

3. *Discount fator* adalah perhitungan suku bunga Bank yang ditetapkan sebesar 20 % pertahun yang ditentukan berdasarkan suku bunga pinjaman Bank Pemerintah 13 – 14 % per tahun ditambah tingkat inflasi di Indonesia 6 – 7 % per tahun.
4. *Internal Rate of Return (IRR)* : adalah tingkat bunga yang menyamakan nilai aliran kas keluar (*expected cash outflow*) yang diharapkan dengan nilai aliran kas masuk yang diharapkan (*expected cash inflows*) pada perhitungan pembangunan ruang super VIP RSUD Pandan Arang Boyolali. Rumus perhitungannya adalah sebagai berikut :

$$\sum_{t=0}^n \frac{At}{(1+r)^t} = 0$$

A_t = Cash flow untuk periode t (net cash inflow/ outflow)

n = Lamanya periode aliran kas yang diharapkan

5. *Pay Back Period (PBP)*: adalah ratio antara nilai investasi ruang Super VIP dengan laba bersih (*net cash inflow*) pada perhitungan pembangunan ruang Super VIP di RSUD Pandan Arang Boyolali. Rumus perhitungannya adalah sebagai berikut :

$$\text{Pay Back Period} = \frac{\text{Investasi}}{\text{Laba Bersih}}$$

6. Modal : Besarnya biaya yang direncanakan untuk pembangunan ruang Super VIP di RSUD Pandan Arang Boyolali pembangunan gedung.
7. Utilisasi : Estimasi tingkat pemakaian yang dihitung berdasarkan tingkat hunian ruang rawat inap Super VIP yang dihitung berdasarkan BOR Paviliun tahun sebelumnya dengan mempertimbangkan hasil wawancara mendalam kepada Kepala Badan RSUD Pandan Arang Boyolali tentang prediksi target konsumen yang ingin dicapai terhadap pemanfaatan Ruang Super VIP RSUD Pandan Arang Boyolali oleh masyarakat.
8. Arus kas adalah selisih jumlah pendapatan dan pengeluaran Ruang Super VIP yang didapat dari hasil kegiatan pelayanan pada perhitungan pembangunan Ruang Super VIP RSUD Pandan Arang Boyolali.
9. Tarif adalah jumlah biaya atas jasa pelayanan yang harus dibayar oleh penderita di ruang Super VIP, yang besarnya didapatkan berdasarkan perhitungan pada ruang Super VIP.

Dasar perhitungan tarif adalah sebagai berikut :

$$P = \frac{(\text{Utilisasi} \times B.\text{makan}) + (B.\text{operasional} \times \text{hari}) + B.\text{investasi} : 5 \text{ th}}{\text{Utilisasi}} + \text{Mark Up}$$

10. Kelayakan : Adalah kelayakan operasional ruang Super *VIP* RSUD Pandan Arang Boyolali berdasarkan hasil analisis aspek ekonomi pembangunan proyek dengan menggunakan tiga indikator perhitungan ekonomi, yaitu : *NPV*, *IRR* dan *PBP*.

E. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data-data yang digunakan dalam penyusunan tesis ini adalah :

1. Metode observasi : Data diperoleh dengan mengadakan pengamatan langsung ke lokasi Rumah Sakit untuk mengetahui keadaan sebenarnya baik bidang pelayanan, administrasi maupun jumlah pasien, sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit umum Pandan arang Boyolali termasuk meneliti laporan hasil kegiatan rumah sakit tahun-tahun sebelumnya.
2. Metode wawancara : Dilakukan wawancara mendalam pada nara sumber, terutama kepala bagian Tata Usaha/ rekam medik, bagian keuangan maupun pemimpin proyek pembangunan ruang Super *VIP* termasuk pemborong dan kolsultan. Selain itu dilakukan wawancara mendalam terhadap :

- a. Kepala Badan RSUD Pandan Arang tentang biaya investasi (sumber dan besarnya), fasilitas, tarif, *BOR*, serta rumah sakit pesaing.
 - b. Kepala Dinas Kesehatan dan Sosial tentang kebutuhan pelayanan Super *VIP* bagi masyarakat kelas atas, persaingan dengan RS swasta, sistem rujukan
 - c. Kepala Bappeda tentang Rencana jangka pendek pengembangan Super *VIP*, subsidi (jumlah dan bentuknya), Renstra Daerah.
 - d. Kepala DPRD tentang manfaat pembangunan Super *VIP* bagi daerah, tingkat kebutuhan masyarakat dan kaitannya dengan subsidi.
 - e. Bupati Boyolali tentang manfaat pembangunan Super *VIP* bagi daerah serta faktor pendorong dan penghambat pembangunan Super *VIP*.
3. *Benchmarking* ke rumah sakit dr Moewardi Surakarta untuk mengetahui Tingkat hunian dan tarif berdasarkan sarana dan fasilitas yang disediakan.

F. Instrumen Penelitian

Dalam pengumpulan data-data tersebut diatas, maka peneliti menggunakan alat bantu berupa :

- a. *Form-form* dan *cek list* : yang digunakan untuk mengumpulkan/ mengecek data-data sekunder yang dibutuhkan antara lain data kunjungan pasien, data keuangan, data sarana dan prasarana, ketenagaan dsb, *form* dan *cek list* terlampir.
- b. Pedoman wawancara mendalam sesuai sasaran yang akan diwawancarai : data yang dikumpulkan adalah untuk mengetahui faktor-faktor pendukung dan penghambat yang mempengaruhi keputusan pembangunan ruang Super *VIP* , pedoman wawancara mendalam terlampir.
- c. Laporan hasil kegiatan ; untuk data kegiatan dari rumah sakit di RSUD Pandan Arang.

G. Alat pengolah data

Metode yang digunakan untuk memprediksi jumlah hari perawatan Super *VIP* dan aliran kas serta kelayakan investasi adalah dengan metode peramalan *ARIMA (Auto Regresive Integrated Moving Average)* yang penghitungannya dilakukan dengan alat bantu computer.

H. Metode Analisa Data

Data yang terkumpul dilakukan klasifikasi untuk mengetahui kebenarannya, khusus data kegiatan, keuangan dan non keuangan

rumah sakit dan paviliun. Metode analisa data yang digunakan sebagai berikut :

1. Menghitung biaya investasi bangunan fisik gedung Super *VIP* yang melibatkan konsultan perencanaan sebagai narasumber.
2. Melakukan estimasi biaya tetap dan biaya variabel serta tarif Super *VIP*.
3. Memprediksi arus kas Super *VIP*.
4. Analisis investasi secara ekonomi melalui perhitungan *NPV*, *IRR* dengan *discount faktor* sesuai *interest rate* yang berlaku serta *PBP*.



UNIVERSITAS DIPONEGORO

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Sesuai dengan tujuan penelitian, maka penyusunan hasil penelitian dan pembahasan dimulai dengan mengidentifikasi sarana dan fasilitas rawat inap Ruang Super VIP RSUD Pandan Arang, menghitung biaya investasi (biaya tetap) serta biaya operasional dan biaya pemeliharaan (biaya variabel). Selanjutnya mengestimasi tingkat hunian dan mengestimasi aliran kas berdasarkan tarif uji coba (Rp.105.000,-/pasien/hari). Untuk mengetahui apakah Ruang Super VIP layak dioperasikan, dilakukan perhitungan *NPV*, *IRR* dan *PBP* selama lima tahun kedepan.

Pada penelitian ini juga akan mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat dilaksanakannya pembangunan rawat inap Ruang Super VIP melalui wawancara mendalam dengan *stakeholders*.

A. GAMBARAN UMUM RAWAT INAP RUANG SUPER VIP

1. Letak Bangunan

Lokasi bangunan Ruang Super *VIP* adalah sebelah selatan RSUD PA dan letaknya satu kompleks dengan bangunan Paviliun. Luas tanah yang digunakan untuk Super *VIP* sebesar 1.935 m² yang digunakan untuk bangunan gedung sebesar 842 m² dan areal taman seluas 561 m².

2. Organisasi

Pada saat penelitian berlangsung, kegiatan pelayanan pada ruang rawat inap super *VIP* baru pada tahap uji coba itupun belum semua kamar dioperasikan (baru 50 %), sehingga belum dibentuk struktur organisasi pelayanannya. Untuk sementara pengorganisasiannya digabung dengan instalasi Paviliun dan diawasi langsung oleh Kepala Badan.

3. Ketenagaan

Tenaga yang khusus untuk melaksanakan kegiatan pada rawat inap Super *VIP* juga belum ditentukan. Jumlah dan komposisi tenaga dalam rangka ujicoba dengan kapasitas 8 kamar/ TT adalah sebagai berikut :

a. Kepala Instalasi

Untuk kepala ruang super *VIP* sementara dirangkap oleh kepala instalasi Paviliun dengan pendidikan D3- Keperawatan dan telah berstatus Pegawai Negeri Sipil.

b. Dokter

Semua Dokter umum maupun dokter spesialis yang bertugas di RSUD PA dapat melayani pasien yang dirawat di ruang super *VIP*, penentuan dokter umum/ spesialis yang bertugas adalah atas permintaan pasien (pasien bebas memilih dokter umum/ spesialis yang diinginkan).

c. Tenaga perawat

Jumlah tenaga perawat yang bertugas melayani pasien pada ruang super *VIP* ada 10 orang, semuanya berpendidikan D3-Keperawatan. Dari 10 orang perawat tersebut sebanyak 5 orang merupakan tenaga tetap untuk ruang super *VIP* dengan status kepegawaian tenaga kontrak sedangkan 5 orang lagi dilakukan secara bergiliran oleh tenaga Perawat dari Paviliun dengan status kepegawaian PNS.

d. Administrasi dan keuangan

Tenaga administrasi dilakukan oleh satu orang tenaga lulusan SLTA yang sehari-hari bertugas mengurus administrasi Paviliun (tugas rangkap) dengan status kepegawaian PNS. Untuk administrasi keuangan masih sentralistik di bagian keuangan RSUD PA dan belum diadministrasi secara tersendiri.

e. Tenaga penyaji makanan

Tenaga penyaji makanan dilakukan oleh satu orang petugas lulusan SLTP yang sehari-hari bertugas menyajikan makanan pada pasien di Paviliun (tugas rangkap) dengan status kepegawaian honorer.

f. *Cleaning service*

Tenaga *cleaning service* dilakukan oleh satu orang petugas khusus ruang super *VIP* dengan pendidikan lulus SLTA dan merupakan petugas honorer.

B. BIAYA INVESTASI PEMBANGUNAN SUPER VIP

Biaya investasi baik yang telah direalisasikan pada tahun 2002 maupun biaya yang telah direncanakan pada tahun 2003 untuk penyelesaian fisik Ruang Super VIP dan pembelian peralatan medis maupun non medis khusus untuk fasilitas kamar adalah sbb :

Tabel 4.1.
Biaya Pembangunan Rawat Inap Super VIP
dan Fasilitas pada RSUD PA Boyolali TH. 2002 – 2003

NO	URAIAN	VOLUME	BIAYA SATUAN	TOTAL (Rp.)
1.	Gedung (16 kamar)	842 m ²	-	1.173.795.000
2.	Fasilitas kamar :			
	a. Bed pasien	16 unit	1.742.300	27.876.800
	b. Sofa bed	16 unit	1.478.290	23.652.640
	c. TV	16 unit	1.232.000	19.712.000
	d. Rak TV/ refrigattion	16 unit	3.194.300	51.108.800
	e. Lemari es	16 unit	975.000	15.600.000
	f. Matras	2 unit	1.979.900	3.959.800
	g. Recleaning bed	16 unit	1.647.800	26.364.800
	h. Kursi set	16 unit	1.520.000	24.320.000
	i. Rak handuk	16 unit	523.600	8.377.600
3.	Suplies ruangan :			
	a. Korden	16 buah	823.500	13.176.000
	b. Bantal	16 buah	29.150	728.750
	c. Sarung bantal	16 buah	7.600	425.600
	d. Sprei	16 buah	69.550	3.894.800
	e. Stik laten	16 buah	31.000	1.643.000
	f. Perlak karet	16 buah	38.000	608.000
TOTAL				1.395.243.590

Sumber dana untuk pembangunan rawat inap Super VIP

berasal dari :

1. APBD II Tahun 2002 = Rp. 1.173.795.000 ,-

2. APBD II TAHUN 2003 = Rp. 221.448.590 ,-

Jumlah = Rp. 1.395.243.590 ,-

Dalam perhitungan kelayakan ekonomi, maka biaya investasi harus diperhitungkan dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$\text{Penyusutan} = \frac{\text{Biaya total investasi}}{\text{periode waktu pengembalian}} \times 1 \text{ tahun}$$

Bila jangka waktu pengembalian biaya investasi pembangunan rawat inap ruang Super VIP maksimal 5 tahun, maka akan didapat nilai penyusutan sebesar Rp. 279.048.718,-/ tahun dengan perhitungan seperti berikut :

$$\begin{aligned} \text{Penyusutan} &= \frac{1.395.243.590}{5 \text{ tahun}} \times 1 \text{ tahun} \\ &= \text{Rp. } 279.048.718,- \text{ per tahun} \end{aligned}$$

C. SARANA DAN FASILITAS RUANG SUPER VIP

Bangunan ruang Super VIP terdiri dari 2 komplek bangunan yang terpisah dan saling berhadapan, masing-masing mempunyai bentuk, ukuran dan fungsi yang sama. Pemanfaatan ruang dan sarana untuk tiap komplek bangunan adalah sebagai berikut :

1. Kamar pasien : 8 kamar ukuran 6,5 x 4,25 m, dilengkapi kamar mandi dan WC ukuran 2,5 x 1,5 m dan tempat handuk ukuran 2,75 x 1,150 digunakan untuk tiap kamar satu pasien.
2. Ruang dokter jaga : 1 ruang ukuran 3 x 3 m
3. Ruang perawat : 1 ruang ukuran 3 x 3 m
4. Ruang linen : 1 ruang ukuran 2 x 2 m

5. *Pantry* : 1 ruang ukuran 4,5 x 2 m dilengkapi kamar mandi dan WC ukuran 1,5 x 2 m (Digunakan petugas untuk transit dari dapur pusat ke ruang pasien).
6. Ruang oxygen (*Central*) : 1 ruang ukuran 2,5 x 2 m dengan jumlah oxygen yang terpasang pada instalasi 4 tabung dan cadangan 5 tabung
7. Ruang Water Heater (*Central*) : 1 ruang ukuran 2 x 2 m dengan kapasitas 120 liter.
8. Gudang peralatan : 1 ruang ukuran 1,5 x 2 m

Fasilitas untuk tiap kamar ruang Super VIP RSUD Pandan Arang Boyolali, meliputi :

No	Nama fasilitas	Spesifikasi
1.	Bed pasien	<i>Stainless Steel</i> uk. 685 x 435 x 1075 mm
2.	Sofa bed	Busa, Oskar (lokal)
3.	TV	Merk <i>Sharp</i> ukuran 20 inch
4.	Lemari es	Merk <i>Uchida Portable</i>
5.	Matras	Katun ukuran 170 x 120 cm
6.	Lemari pasien	Plywood ukuran 45 x 75 x 100 cm
7.	Meja pasien	Plywood roda ukuran 40 x 60 cm
8.	Kursi.	Lokal 2 buah
9.	Bel listrik	Lokal
10.	Sprei	Lokal/ katun 2 buah
11.	Bantal	Lokal/ busa 2 buah
12.	Sarung bantal	Lokal/ katun 2 buah
13.	Perlak karet	Lokal/ oskar 1 buah
14.	Paket bunga	Lokal
15.	Telepon	Lokal
16.	Air Conditioning	Merk General, Kapasitas 1,5 PK

Keterangan : Spesifikasi tiap jenis barang selengkapnya ada pada lampiran

Sarana dan fasilitas tersebut diatas, semua sudah tersedia kecuali paket bunga untuk tiap kamar yang akan diganti tiap hari dan koran pagi (Solo Pos).

Dari 16 kamar yang tersedia, baru 8 kamar (1 komplek) yang lengkap fasilitasnya (50 %), sedangkan komplek yang satunya masih belum lengkap fasilitasnya, yaitu Central Oxygen, Water Heater dan Air Conditioning.

D. ESTIMASI UTILISASI

Estimasi utilisasi Ruang rawat inap Super *VIP* didasarkan pada perhitungan kombinasi dari BOR RSUD PA, Paviliun Cendana (Surakarta) dan hasil wawancara mendalam dengan Kepala Badan RSUD PA Boyolali. Metode penghitungan tingkat hunian menggunakan metode trend dengan *Least square* menggunakan dengan rumus sbb. (Jogiyanto, 1985) :

$$\sum_{i=1}^n r_i^2 = \sum_{i=1}^n (Y_i - Y_j)^2$$

Dimana :

Y_i = Nilai data observasi

Y_j = Nilai Trend

Berdasarkan hasil perhitungan dengan menggunakan program komputer untuk analisa ekonomi (Jogiyanto, 1985), diperoleh BOR untuk tahun 2003 seperti pada tabel 4.2 berikut :

Tabel 4. 2
Estimasi Tingkat Hunian Super VIP RSUD PA
dengan Metode Least square

No	BOR Rumah Sakit	1999	2000	2001	2002	Trend 2003
1.	Paviliun RSUD PA (dlm %)	93,3	81,2	93,6	94,5	94
2.	Cendana VIP A RSUD Ska(dlm %)	50,3	65,6	89,8	-	70

Meskipun demikian, Kepala Badan RSUD Pandan Arang Boyolali hanya mengestimasi tingkat hunian rawat inap Super VIP sekitar 60 %, mengingat fasilitas tersebut merupakan produk baru dan diperuntukan bagi pasar baru pula (konsumen klas atas). Sehubungan dengan hal tersebut, maka hasil perhitungan kombinasi dari ketiga cara tersebut diatas, didapat estimasi BOR rawat inap super VIP sebagai berikut :

1. Trend tahun ke V RSUD PA Boyolali = 94 %
2. Trend tahun ke IV Paviliun Cendana (Surakarta) = 70 %
3. Pendapat (hasil wawancara) = 60 %

$$BOR \text{ Super VIP} = \frac{94 + 70 + 60 \%}{3} = 74,67 \rightarrow 75 \% \text{ (dibulatkan)}$$

Dengan demikian estimasi utilisasi Ruang Super VIP RSUD PA tiap tahun diasumsikan sama dengan jumlah hari pasien per tahun dengan perhitungan sebagai berikut :

$$\begin{aligned}\text{Utilisasi} &= \text{estimasi BOR} \times \text{jumlah kamar} \times 365 \text{ hari} \\ &= 75 \% \times 16 \text{ kmr} \times 365 \text{ hari} = 4.380 \text{ hari/ thn}\end{aligned}$$

E. PERHITUNGAN BIAYA OPERASIONAL

Perhitungan biaya operasional Ruang super VIP RSUD Pandan Arang Boyolali didasarkan pada DIP APBD Kabupaten Boyolali Tahun 2003 dan realisasi pengeluaran bulanan untuk gaji pegawai non PNS, rekening air dan telepon pada RSUD Pandan Arang Boyolali.

Estimasi biaya operasional rawat inap Ruang Super VIP adalah sebesar Rp.18.961,32 dibulatkan menjadi Rp. 19.000,-/ kamar/ hari, angka ini didapat dari hasil perhitungan seperti pada tabel 4.3 berikut :

Tabel 4.3
Perhitungan Biaya Operasional Super VIP per Hari
RSUD Pandan Arang Boyolali Tahun 2003

No	Uraian	Alokasi biaya total pertahun		Perhitungan biaya Super VIP	
		Jumlah	Biaya satuan	Biaya satuan (no.4+20%)	Perkiraan biaya perhari
1	2	3	4	5	6
1.	Gaji pegawai :				
	a. Perawat kontrak	16.500.000	2.062.500	2.062.500	5.650,58
	b. Cleaning service	1.650.000	206.250	206.250	565,07
2.	Air	3.812.400	65.731,03	78.877,24	216,10
3.	Listrik	5.489.700	94.650	113.580	311,18
4.	Telepon	13.704.948	56.632,02	67.958,42	186,19
5.	Bahan habis pakai	504.295.500	2.083.865,7	2.500.638,84	6.851,07
6.	ATK & cetakan	46.346.000	191.512,4	229.814,88	629,63
7.	Jasa kantor	144.700.000	597.933,9	717.520,66	1.965,81
8.	Makan+minum kantor	12.100.000	50.000	60.000	164,38
9.	Pakaian dinas	22.000.000	90.909,09	109.090,91	298,88
10	Biaya pemeliharaan :				
	a. Gedung	64.200.000	7.730,10	9.276,12	25,41
	b. Jaringan & instalasi	22.750.000	2.739,25	3.287,10	9,01
	c. Alat medis & lab	11.300.000	46.694,21	56.033,06	153,52
	d. Taman	94.387.500	390.030,99	468.037,19	1.282,29
	e. Kendaraan	35.000.000	144.628,10	173.553,72	475,49
	f. Alat kantor & RT	13.000.000	53.719,01	64.462,81	176,61
TOTAL		1.011.236.048			18.961,32

Keterangan :

Dasar perhitungan biaya satuan adalah sbb :

1. Perawat kontrak : 5 or x Rp.275.000,- x 12 bln : 8 kmr (realisasi uji coba)
2. Cleaning service : 1 or x Rp.137.500,- x 12 bl : 8 kmr (realisasi uji coba)
3. Air : 12 bl x Rp. 317.700,- (rek Paviliun Mei 2003) : 58 kmr
4. Listrik : 12 bl x Rp.1.142.079 (rek. RSUD PA Mei 2003)
5. Bahan habis pakai : DIP APBD 2003 : 242 (kamar rawat inap RSUD PA)
6. B.makan & minum kantor : DIP APBD 2003 : 242 (kamar rawat inap RSUD PA)
7. Biaya pakaian dinas : DIP APBD 2003 : 242 (kamar rawat inap RSUD PA)
8. Biaya Pemeliharaan :
 - a. Gedung : DIP APBD 2003 : 8.305 (luas lantai RSUD PA)
 - b. Jaringan & instalasi : DIP APBD 2003 : 8.305 (luas lantai RSUD PA)
 - c. Alat medis & lab : DIP APBD 2003 : 242 (kamar rawat inap RSUD PA)
 - d. Taman : DIP APBD 2003 : 242 kamar rawat inap
 - e. Kendaraan : DIP APBD 2003 : 242(kamar rawat inap RSUD PA)
 - f. Alat kantor/ rumah tangga : DIP APBD 2003 : 242 (kmr rawat inap RSUD PA)

Berdasarkan tabel 4.3 beberapa hal yang dimaksud dengan biaya :

- Bahan habis pakai adalah biaya yang dikeluarkan untuk melakukan medikasi/ perawatan pasien dan biaya ini tidak dibebankan langsung pada pasien, antara lain : alkohol, betadine, kain kasa, perban plester.
- ATK dan cetakan adalah biaya yang diperlukan untuk membiayai peralatan alat tulis, kertas, tinta dan form laporan/ catatan medik
- Jasa kantor adalah biaya gaji petugas kontrak/ honorer bagian umum dan dapur
- Makan dan minum kantor adalah biaya minuman semua petugas dan snack petugas dinas malam
- Pakaian dinas adalah biaya pakaian dinas karyawan RSUD PA baik medis, paramedis maupun umum.

Untuk biaya makan pasien dengan pola menu seperti pada lampiran 1, setelah dihitung berdasarkan unit cost didapat nilai sebesar Rp. 30.000,-/orang/hari. Perhitungan seperti pada tabel 4.4 berikut :

Tabel 4.4
Standar Porsi Makan dan Unit Cost Pasien per Hari
Ruang Super VIP RSUD Pandan Arang Boyolali Tahun 2003

No	Nama bahan	Berat (gram)	Kalori (kal)	Harga (Rp.)	Jumlah (RP.)
1	Beras	300	1080	4000/kg	1.200
2	Daging	100	207	33.000/kg	3.300
3	Telur	100	162	7.500/kg	1.000
4	Ayam	75	240	13.200/kg	990
5	Tahu	100	68	200/50 gr	400
6	Tempe	100	149	110/50 gr	220
7	Sayuran	500	265	300/100 gr	1.500
8	Minyak	30	262	5.640/ kg	169,2
9	Buah	450	264	2.500/ bh	7.500
10	Gula pasir	50	182	4.500/ kg	225
11	Susu segar	400	244	1.700/ lt	680
12	Teh	3	3,96	750/ 40 gr	56,3
13	Snak	200	36,5	2.000/ bks	4.000
14	Garnis dan Paking				1.759,5
15	Bumbu dan bahan				2.000
16	bakar Parcel				5.000
	Total		3.163,46		30.000

F. PENENTUAN TARIF

Penentuan tarif Ruang Super *VIP* didasarkan pada estimasi penerimaan pada *BOR* sebesar 75 % (hasil perhitungan tingkat utilisasi) dan perhitungan biaya operasional (variabel pengeluaran) dengan masa pengembalian investasi dihitung flat selama 5 tahun (jangka waktu pengembalian investasi). Perhitungan menentukan besarnya tarif kamar Super *VIP* per kamar/ orang per hari plus konsumsi pasien adalah sbb :

$$P = \frac{(\text{Utilisasi} \times \text{B.makan}) + (\text{B. Variabel} \times \text{hari}) + (\text{B. investasi} : 5 \text{ th})}{\text{Utilisasi}}$$

Hasil perhitungannya :

$$P = \frac{(4.380 \times 30.000) + (21.000 \times 365) + (1.395.243.590 : 5)}{4.380}$$

$$= \underline{\text{Rp. 95.459,75}}$$

Tarif kamar plus konsumsi pasien per hari yang diberlakukan saat uji coba pada Ruang super VIP saat ini adalah Rp.105.000,-/ kamar/ pasien/ hari. Meskipun nilainya lebih besar lebih besar dari hasil perhitungan tarif berdasarkan biaya total operasional diatas, perlu dianalisa apakah laba sebesar Rp. 9.540,25 sudah memberikan keuntungan yang layak bila memperhitungkan nilai investasi yang telah dikeluarkan ?

Untuk mengetahui apakah laba tersebut dapat memberikan keuntungan yang memadai bila memperhitungkan nilai investasi yang telah dikeluarkan, maka perlu dibuat estimasi aliran kas berdasarkan tarif uji coba.

G. ESTIMASI ALIRAN KAS

Berdasarkan tarif yang berlaku saat ini, yaitu Rp. 105.000,-/ kamar/ pasien/ hari dengan estimasi utilisasi 75 % yang ditentukan berdasarkan metode least square, maka akan didapat aliran kas

akhir tahun pertama minus Rp. 61.508.718,-, seperti terlihat pada tabel 4.5 berikut :

Tabel 4.5
Cas flow Ruang Super VIP RSUD Pandan Arang Boyolali
Pada Tarif Rp. 105.000,-/kamar/hari Tahun 2004

KELOMPOK	BOR	TT	HARI	BIAYA SATUAN	TOTAL
Penerimaan	0,75	16	365	105.000	459.900.000
Pengeluaran					
a. makan	0,75	16	365	30.000	131.400.000
b. Lain-lain	1	16	365	19.000	110.960.000
Pengembalian investasi : 5				279.049.718	279.049.718
Surplus					- 61.508.718

Keterangan :

1. Penerimaan = BOR x hari x TT x Tarif
2. Biaya makan = BOR x hari x TT x Tarif
3. Biaya lain-lain = Biaya lain x hari
4. Biaya investasi = Disusutkan flat 5 tahun
5. Surplus = Penerimaan – B.makan – B.lain – B. investasi

Dalam periode lima tahun kedepan, bila BOR Ruang super VIP dinaikkan 5 % tiap tahun sampai tahun keempat, sehingga didapat BOR tahun pertama sampai tahun kelima sebesar 75 %, 80%, 85 %, 90 % dan 90 % dengan tarif kamar tetap sebesar Rp. 105.000,-/pasien/ hari akan didapat aliran kas seperti berikut :

Tabel 4.6
Cas Flow Ruang Super VIP RSUD Pandan Arang Boyolali
Tahun 2004 – 2008 pada tarif Rp.105.000,-

Uraian	2004	2005	2006	2007	2008
Tarif	105.000	105.000	105.000	105.000	105.000
BOR	75 %	80 %	85 %	90 %	90 %
Penerimaan	459.900.000	490.560.000	521.220.000	551.880.000	551.880.000
B.makan	131.400.000	140.160.000	148.920.000	157.680.000	157.680.000
B.Lain-lain	110.960.000	110.960.000	110.960.000	110.960.000	110.960.000
Investasi	279.049.718	279.049.718	279.049.718	279.049.718	279.049.718
Surplus	- 61.508.718	- 39.608.718	- 17.708.718	4.191.282	4.191.282
Surplus Kumulatif	- 61.508.718	- 101.117.436	- 118.826.154	- 114.634.872	- 110.443.590

Berdasarkan tabel 4.6 diatas, maka tingkat pengembalian investasi pembangunan Ruang Super VIP RSUD PA sebesar Rp. 1.395.243.590,- tidak dapat dicapai dalam jangka waktu lima tahun kedepan, bahkan sampai akhir tahun kelima aliran kas belum dapat menciptakan surplus.

H. KELAYAKAN INVESTASI

Berdasarkan estimasi aliran kas rawat inap Ruang Super VIP pada tarif ujicoba sebesar Rp. 105.000,-/pasien/ kamar/ hari dengan estimasi BOR 75 % tahun pertama dan naik 5 % sampai tahun keempat, ternyata belum dapat menutup semua biaya investasi yang telah dikeluarkan. Dengan demikian apabila dilakukan analisis secara ekonomi dengan memperhitungkan tiga indikator kelayakan, yaitu : NPV akan kurang dari 1, IRR dan PBP

tidak dapat dihitung. Perhitungan dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$NPV = -A_0 + \sum_{t=1}^n \frac{A_t}{(1+r)^t}$$

Hasil perhitungan dengan menggunakan program akuntansi komputer, ternyata tidak dapat di proses karena cas inflownya terlalu rendah (lampiran 8).

Kesimpulannya adalah fasilitas rawat inap Ruang Super VIP kurang layak untuk dioperasikan. Untuk itu perlu dilakukan perubahan tarif dengan memperhitungkan *discont factor* sebesar 20 % pertahun, disamping itu dalam menetapkan tarif perlu memperhitungkan kemampuan membayar masyarakat serta tarif rumah sakit lain yang memberikan pelayanan rawat inap dengan fasilitas ruang yang sejenis.

Sehubungan dengan hal tersebut , maka pada tanggal 12 Juli 2003 peneliti melakukan Benchmarking ke RSUD dr. Moerwadi Surakarta yang mempunyai fasilitas sejenis dengan fasilitas rawat inap ruang super VIP RSUD Padan Arang Boyolali.

I. HASIL *BENCHMARKING* DI RSUD DR. MOEWARDI SURAKARTA

1. Paviliun Cendana

Paviliun Cendana adalah salah satu fasilitas rawat inap pada Rumah Sakit dr. Moewardi Surakarta yang merupakan rumah sakit type B pendidikan milik pemerintah propinsi Jawa Tengah, dimana lokasinya berada di jl. Kolonel Sutarto nomor 132 Surakarta. Jumlah TT pada Paviliun Cendana sebanyak 99 TT atau 20,93 % dari jumlah TT yang ada di rumah sakit yang terbagi pada empat klas, yaitu : Klas utama 6 TT, VIP B 58 TT, VIP A 21 TT, VVIP 4 TT.

2. Fasilitas kamar dan tarif Paviliun Cendana

Fasilitas kamar RS dr. Moewardi Surakarta untuk Klas Utama, terdiri dari : tempat tidur, lemari, televisi, telepon, AC, kursi sofa, kamar mandi dilengkapi *water heater* tiap kamar untuk 2 pasien. Klas VIP B tiap kamar untuk 2 pasien, fasilitas sama dengan klas utama ditambah lemari es. Klas VIP A tiap kamar untuk 1 pasien, fasilitas sama dengan klas VIP B. Klas VVIP tiap kamar untuk 1 pasien, fasilitas sama dengan klas VIP A ditambah meja makan dan pantry. Tarif kamar plus biaya konsumsi pasien berdasarkan klas dan fasilitasnya seperti pada tabel 4.7 berikut :

Tabel 4.7
Tarif berdasarkan fasilitas di Paviliun Cendana
RS dr. Moewardi Surakarta Tahun 2003

No	Klas	Fasilitas	Tarif
1	Utama 1 kamar 2 pasien	- Lemari pasien - Tempat tidur pasien - AC, televisi, <i>telephone</i> - Kursi sofa, kamar mandi	Rp. 100.000,-
2	VIP B 1 kamar 2 pasien	- Lemari pasien - Tempat tidur pasien - AC, televisi, <i>telephone</i> - Kursi sofa - Kamar mandi - Lemari es	Rp. 140.000,-
3	VIP A 1 kamar pasien	- Lemari pasien - Tempat tidur pasien - AC, televisi, <i>telephone</i> - <i>Sofa bed</i> - Kamar mandi - Lemari es	Rp. 180.000,-
4	VVIP 1 kamar pasien	- Lemari pasien - Tempat tidur pasien - AC, televisi, <i>telephone</i> - <i>Sofa bed</i> - Kamar mandi - Lemari es - Meja makan - <i>Pantry</i>	Rp. 300.000,-

Sumber : RSUD dr. Moewardi Surakarta

Situasi dan keadaan di ruang Paviliun RS dr. Moewardi Surakarta suasananya ramai (bising) dan kurang nyaman, taman tidak ada. Hal ini akan mengganggu privacy pasien dan keluarganya, kecuali untuk ruang VVIP agak tenang karena lokasinya agak terpisah dan jumlahnya hanya 4 kamar.

3. BOR Paviliun Cendana

Tabel 4.8
BOR Paviliun Cendana RS dr. Moewardi Surakarta
Tahun 1999 - 2001

No	Klas	Tahun 1999	Tahun 2000	Tahun 2001
1	VVIP	53,84 %	50,68 %	71,03 %
2	VIP A	50,33 %	65,61 %	89,80 %
3	VIP B	46,34 %	58,54 %	78,57 %
4	Utama	41,23 %	37,30 %	47,38 %

Sumber : RSUD dr. Moewardi Surakarta

Dari tabel 4.8 terlihat bahwa BOR Paviliun Cendana RS dr. Moewardi Surakarta mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, sedangkan BOR tertinggi terdapat pada ruang perawatan Klas VIP A sebesar 89,80 % dengan tarif Rp. 180.000,-/ kamar/pasien/ hari.

4. Kepegawaian Paviliun Cendana

Tabel 4.9
Kepegawaian Paviliun Cendana
RS dr. Moewardi Surakarta Tahun 2003

No	Pendidikan	Jumlah	Keterangan
1	Dokter + S2 Manajemen	1	Kepala Instalasi
2	Sarjana Ekonomi	1	Tenaga Administrasi
3	D III – Keperawatan	43	Tenaga Perawat
4	D III – Fisioterapi	1	Tenaga Administrasi
5	D III – Akuntansi	2	Tenaga Administrasi
6	D III – Farmasi	2	Tenaga Farmasi
7	SPK	23	Tenaga Perawat
8	SMF	7	Tenaga Farmasi
9	SLTA – sederajat	7	Tenaga Administrasi
10	SMP – sederajat	9	Penyajian makanan
Total		96	

Sumber : RSUD dr. Moewardi Surakarta

Pengelolaan Paviliun dilakukan terpisah dari rumah sakit induk dengan jumlah tenaga terbanyak adalah perawat berpendidikan Diploma 3 keperawatan sebanyak 41,23 %.

5. Anggaran Paviliun Cendana

Kegiatan pelayanan kesehatan Paviliun Cendana pada tahun 2001 berasal dari 3 sumber dana yaitu :

- a. APBD 1996 untuk biaya investasi dan gedung sebesar Rp. 113.204.639,-.
- b. APBD 2001 untuk biaya operasional sebesar Rp. 1.711.597.201,-.
- c. Dana paviliun untuk biaya operasional sebesar Rp. 80.379.102,-.

J. FAKTOR PENDUKUNG DAN PENGHAMBAT

Untuk mengetahui faktor pendukung dan penghambat terhadap keputusan pembangunan Rawat Inap Ruang Super VIP, maka peneliti telah melakukan wawancara mendalam terhadap beberapa *stake holders*, yaitu : Kepala Badan RSUD, Kepala DKS, Ketua Bappeda, Bupati dan Ketua DPRD.

Hasil wawancara mendalam dengan menggunakan daftar pertanyaan terlampir adalah sebagai berikut :

1. Kepala Badan RSUD Pandan Arang Boyolali

RSUD Pandan Arang telah menyusun Rencana Strategik (Renstra) sejak tahun 2000, dimana pembangunan rawat inap ruang Super VIP merupakan salah satu strategi dalam meningkatkan pelayanan yang berorientasi pada kepuasan pasien.

Tujuan pembangunan ruang super VIP adalah tersedianya ruang rawat inap bagi masyarakat kelas menengah keatas yang sampai saat ini masih mencari pengobatan keluar daerah, khususnya ke Surakarta yang jaraknya 30 kilometer dari ibukota Kabupaten Boyolali.

Sarana dan fasilitas yang direncanakan pada super VIP adalah :

- Ruang pasien dengan lorong pasien tersendiri
- Tempat tidur, lemari, AC, TV, lemari es, paket alat mandi, kamar mandi + slower panas-dingin, tempat handuk, sofa, selimut.

Besarnya biaya yang dibutuhkan untuk pembangunan fisik dan peralatan Ruang Suver VIP \pm 2 Milyar, namun karena dana APBD terbatas, maka realisasi dilakukan secara bertahap.

Ketenagaan untuk operasional ruang super VIP belum direncanakan, karena saat ini masih terfokus pada penyelesaian fisik dan pengadaan kelengkapan sarana dan fasilitas pelayanan

Super VIP. Hal ini termasuk pengelolaannya, karena belum ada Peraturan Daerah yang mengatur tentang standar pelayanan dan fasilitas Super VIP termasuk tarif (tarap proses), tarif kamar yang diberlakukan saat uji coba adalah Surat Keputusan Bupati Nomor 18 Tahun 2003 sebesar Rp. 75.000,-/ orang/ kamar/ hari dan Surat Keputusan Kepala Badan RSUD Pandan Arang Nomor 6 Tahun 2003 tentang besarnya tarif konsumsi pasien sebesar Rp. 30.000,-/ orang/ hari.

Harapan karyawan rumah sakit terhadap pembangunan ruang super VIP adalah dapat meningkatkan citra Rumah Sakit, sehingga dapat menimbulkan kebanggaan tersendiri bekerja di RSUD Pandan Arang. Selain itu diharapkan makin banyak orang yang datang ke RSUD bukan hanya mencari pelayanan super VIP tapi pelayanan yang lainnya, sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan karyawan.

Kendala yang timbul saat pembangunan belum ada, hanya besarnya dana pembangunan tidak dapat direalisasikan sekaligus, tetapi bertahap sesuai kemampuan daerah. Kendala yang mungkin timbul adalah tingkat utilisasi Super VIP, karena tidak ada data berapa jumlah pasien dari Boyolali yang berobat keluar kota serta berapa tarif yang layak untuk fasilitas tersebut. Sebagai peninjauan, maka dilakukan ujicoba pada 8 kamar yang

sudah siap dioperasionalkan dengan tarif Rp. 105.000,-/ kamar/ pasien/ hari dengan estimasi BOR 60 %.

Mengingat pelayanan super VIP merupakan produk baru untuk pasar baru, maka langkah yang akan dilakukan adalah mencari dukungan lintas sektor (pejabat eksekutif dan legislatif) untuk pemanfaatannya serta mempromosikan/ deseminasi dan informasi kepada masyarakat kelas atas serta memberikan pelayanan yang berorientasi kepada kepuasan pasien.

2. Kepala Dinas Kesehatan dan Sosial Kab. Boyolali

Fasilitas pelayanan perawatan (pemerintah dan swasta) di Kabupaten Boyolali saat ini dari segi kuantitas baru tersedia 80 % sedangkan kualitasnya belum memadai antara lain : penunjang medis, gedung, peralatan dan SDM.

Pelayanan kelas Super VIP di Boyolali sangat dibutuhkan, karena merespon keinginan pelanggan, terutama kelas menengah ke atas serta sebagai subsidi silang untuk membantu kelas bawah. Manfaat yang diperoleh dari pembangunan Ruang Super VIP bagi perumahsakitannya di Boyolali, yaitu : legitimasi RS meningkat dan transaksi ekonomi meningkat.

Dukungan dari dokter puskesmas antara lain sebagai pusat rujukan dari dokter puskesmas dan sebagai rujukan pasien

keluarga miskin (GAKIN) dan Non GAKIN. Puskesmas merupakan pelayanan kesehatan dasar baik pasien askes maupun non askes, sedangkan RSUD merupakan pelayanan tingkat lanjut yang menyediakan pelayanan spesialis dan direncanakan ada sub spesialis.

Harapan yang ingin dicapai dengan adanya Ruang Super VIP di RSUD Pandan Arang terhadap pembangunan sektor kesehatan di Boyolali adalah sebagai berikut :

- Mampu memberdayakan sosial ekonomi masyarakat dari sektor kesehatan
- Terciptanya transaksi-transaksi non kesehatan di RSUD
- Mengurangi beban Pemda
- Meningkatkan motivasi tenaga kesehatan di RS untuk memberikan pelayanan sesuai standar serta memberikan kepuasan pada pasien

Agar harapan tersebut diatas tercapai, beberapa hal yang harus dilakukan oleh pihak RSUD Pandan Arang, yaitu :

- Performance bangunan/ gedung ditingkatkan
- SDM ditingkatkan (kuantitas dan kualitas)
- Memberikan kepuasan pada pasien

3. Kepala Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) Kabupaten Boyolali

Pengembangan fasilitas pelayanan rawat inap Super VIP bagi masyarakat kelas menengah keatas, khususnya pada RSUD Pandang Arang Boyolali telah sesuai dengan rencana jangka pendek pemerintah daerah. Kebijakan tersebut tercantum dalam Rencana strategik (Renstra) Kabupaten Boyolali Tahun 2000 – 2005.

Sebagai implementasinya adalah direalisasikannya pembangunan rawat inap Ruang super VIP dengan sumber dana APBD Kabupaten Boyolali mulai tahun 2002.

Keuntungan yang dapat diambil dari pembangunan fasilitas rawat inap super VIP adalah :

- Bagi masyarakat kelas menengah keatas tidak usah berobat ke luar Boyolali
- Terjadi transaksi ekonomi non kesehatan di RS
- Mampu memberdayakan sosial ekonomi masyarakat dari sektor kesehatan
- Mengurangi beban pemerintah daerah
- Dana yang dialokasikan merupakan bersumber dari pendapatan RS sendiri
- Citra Kabupaten Boyolali meningkat

Kendala yang mungkin timbul, yaitu bila dalam operasional nantinya, bila ternyata penggunaan/ pemakaian

fasilitas tersebut oleh masyarakat dibawah target yang telah ditentukan (BOR dibawah 60 %). Agar hal ini tidak terjadi perlu dukungan semua pihak, terutama pihak eksekutif dan legislatif.

Subsidi mungkin masih diperlukan, terutama untuk pengadaan sarana dan peralatan sesuai tuntutan teknologi. Mengenai jenis dan jumlah peralatan yang diperlukan tergantung usulan dari RSUD Pandan Arang.

4. BUPATI Boyolali

Pembangunan Ruang Super VIP di RSUD Pandan Arang Boyolali diperlukan, karena banyak masyarakat kelas atas dan pejabat teras Pemda Boyolali yang berobat ke Solo. Selain itu adanya pelayanan Super VIP di Boyolali, diharapkan dapat meningkatkan citra Kabupaten.

Faktor yang mendukung dilakukan pembangunan Ruang Super VIP di RSUD Pandan Arang, terutama " faktor ekonomi " dimana masyarakat Boyolali tidak perlu berobat keluar daerah, sehingga transaksi ekonomi tetap berada di wilayah Boyolali.

Faktor-faktor yang menjadi hambatan dalam pembangunan tidak ada. Sumber pendanaan dari APBD, besarnya dana dan penggunaannya dapat dilihat pada DIP APBD Kabupaten Boyolali Tahun 2002 dan 2003.

Harapan yang ingin dicapai adalah tidak perlu adanya subsidi untuk konsumen Super VIP, bahkan diharapkan dapat memberikan kontribusi pada pasien yang tidak mampu. Pemerintah Daerah tidak mendapat kontribusi dari jasa pelayanan RS maupun pelayanan kesehatan yang lain yang diperuntukan bagi masyarakat, pendapatan RSUD dikembalikan semua untuk peningkatan pelayanan. Dengan demikian ada nya Ruang Super VIP dapat meningkatkan pelayanan, sehingga Citra RSUD meningkat.

Beberapa hal yang perlu dilakukan oleh pihak RSUD Pandan Arang, agar harapan-harapan tersebut dapat dicapai antara lain melaksanakan pelayanan secara profesional dan memberikan kepuasan pada pasien.

5. Ketua DPRD

Secara politis ada dukungan terhadap pembangunan Super VIP di RSUD Pandan Arang Boyolali, karena semua fraksi di DPRD mendukung serta direalisasikan pembangunan fisik proyek tersebut dari dana APBD Kabupaten pada Tahun 2002 serta pengadaan sarana prasarana pada tahun 2003.

Kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan VIP di Kabupaten Boyolali dapat dikatakan sangat mendesak, karena melihat banyak masyarakat Boyolali termasuk pejabat pemda

dan anggota dewan, mencari kelas perawatan VIP/ Super VIP di luar Kota terutama Solo.

Subsidi sebenarnya tidak ada, karena dana yang dialokasikan bersumber dari pendapatan RSUD Pandan Arang sendiri. Pihak DPRD hanya menyetujui saja itupun karena usulan pembangunan proyek tersebut sudah tertuang dalam Rencana Strategik Kabupaten.

Adanya proyek tersebut sejak masih dalam proses perencanaan sampai realisasi pembangunan tidak ditemui hambatan, termasuk tidak adanya komplain dari masyarakat maupun LSM di Kabupaten Boyolali. Meskipun demikian agar dapat memberikan nilai tambah bagi daerah termasuk menjaga kepercayaan dari masyarakat Boyolali yang saat ini sudah baik dengan cara memberikan pelayanan yang lebih profesional.



UNIVERSITAS DIPONEGORO

BAB V

PEMBAHASAN

1. BIAYA INVESTASI PEMBANGUNAN SUPER VIP

Dari hasil penelitian, maka diketahui bahwa biaya investasi pembangunan super *VIP* di RSUD Pandan Arang baik yang telah direalisasikan pada tahun 2002 maupun biaya yang telah direncanakan pada tahun 2003 untuk penyelesaian fisik Ruang Super *VIP* dan pembelian peralatan medis maupun non medis khusus untuk fasilitas kamar adalah sebesar Rp.1.395.243.590 ,.-.

Besarnya biaya investasi ini termasuk relatif rendah, karena dilaksanakan pada rumah sakit pemerintah, sehingga biaya tenaga, peralatan medis dan non medis sebagian besar sudah tersedia di RSUD Pandan Arang, termasuk *ambulance* dan laboratorium. Berdasarkan hasil wawancara mendalam terhadap *stake holders* terhadap tujuan/ manfaat yang ingin dicapai dengan adanya fasilitas baru tersebut adalah meningkatkan kualitas pelayanan melalui menyediakan ruang perawatan bagi masyarakat kelas atas dan eksekutif di Kabupaten Boyolali serta diharapkan mampu meningkatkan citra Kabupaten dan bila harapan tersebut terwujud, maka investasi yang telah dikeluarkan sangatlah rendah.

Menurut Brotowasisto (1994) dalam meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit perlu memperhatikan hal berikut :

- a. *Reability* : kemampuan untuk memberikan jasa secara handal dan akurat
- b. *Assurance* : Pengetahuan, keahlian dan sikap karyawan dan kemampuan mereka untuk dapat dipercaya dan dihandalkan.
- c. *Emphaty* : Pemberian perhatian atau berempati pada masing-masing konsumen.
- d. *Tangibles* : Penampilan fisik, peralatan, pegawai dan alat komunikasi

Berdasarkan teori diatas, maka pembangunan ruang super VIP pada RSUD Pandan Arang merupakan upaya peningkatan kualitas pelayanan melalui peningkatan penampilan fisik dan peralatan serta memberikan perhatian pada konsumen klas atas yang sampai saat ini belum terjangkau. Dalam hal *reability* dan *assurance* masih perlu dibuktikan setelah fasilitas tersebut dioperasionalkan secara penuh.

Dari hasil benchmarking pada RSUD dr. Moerwadi Surakarta, ternyata biaya operasional yang dianggarkan untuk Ruang super *VIP* RSUD Pandan Arang sangat rendah. Hal ini dapat dimaklumi karena saat penelitian berlangsung, belum dioperasionalkan secara penuh (masih dalam taraf uji coba). Bahkan nilai investasi itu sendiri masih lebih besar dari biaya operasional pada Paviliun Cendana Surakarta, yaitu sebesar Rp. 1.791.976.303,-. Biaya investasi dan operasional Ruang super

VIP RSUD Pandan Arang Boyolali hanya sebesar 77,86 % dari biaya operasional Paviliun Cendana Surakarta.

2. SARANA DAN FASILITAS SUPER *VIP*

Di Kabupaten Boyolali belum ada aturan mengenai standar sarana dan prasarana ruang perawatan pasien klas super *VIP* termasuk standar pelayanan yang harus diberikan pada pasien. Namun melihat sarana dan fasilitas yang tersedia pada Ruang super *VIP* RSUD Pandan Arang sama dengan sarana dan fasilitas kamar klas *VVIP* pada rumah sakit dr. Moewardi Surakarta.

Secara teori, tidak ada aturan mengenai standar baku untuk sarana dan fasilitas kamar yang harus disediakan untuk klas super *VIP*, namun penampilan fisik dan peralatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit (Brotowasisto,1994). Rumah sakit membuat keputusan tentang fasilitas mereka karena penampilan fisik dapat mempengaruhi sikap dan perilaku pasien. Setiap fasilitas perawatan dan pelayanan sosial lainnya mempunyai pandangan yang mungkin menambah atau mengurangi kepuasan dan penampilan kerja. Apabila gagal menangani fasilitas fisik dapat menciptakan ketidak puasan pelanggan (Kotler,1997; Dharmmesta dan Suprihanto,1995).

Berdasarkan hasil wawancara dengan stake holders, tujuan dari penyediaan sarana dan fasilitas perawatan klas super *VIP*

adalah selain meningkatkan pelayanan, diharapkan mampu merespon keinginan masyarakat kelas atas di Kabupaten Boyolali. Hal ini sejalan dengan apa yang dikemukakan oleh Azrul Azwar (1996) yang menyatakan bahwa, meningkatnya tingkat pendidikan, meningkatnya tingkat sosial ekonomi dan semakin mudahnya informasi yang diperoleh masyarakat mengakibatkan sistem nilai dalam masyarakat menjadi berubah. Masyarakat mulai menuntut pelayanan umum yang lebih baik dan bermutu termasuk juga dalam pelayanan kesehatan, termasuk penyediaan tempat perawatan yang sesuai dengan keinginan mereka. Hal senada juga dikemukakan oleh Ahmad Fuad Afdhal (1999) yang menyatakan bahwa, keinginan konsumen kita untuk memperoleh jasa yang bermutu termasuk pelayanan rumah sakit, agaknya sudah memasuki spektrum yang makin luas. Hal ini dimungkinkan oleh kemampuan finansial yang dimiliki, sehingga mereka bebas menentukan pilihan. Apalagi akses kepada informasi tentang berbagai rumah sakit tidak sulit untuk diperoleh.

3. ESTIMASI UTILISASI

Dalam memperkirakan tingkat hunian (utilisasi) Ruang rawat inap Super VIP, kita harus hati-hati karena tingkat hunian akan berkorelasi kuat terhadap tarif pelayanan yang akan dibebankan pada masyarakat. Makin rendah tingkat utilisasi, maka makin tinggi

tarif yang ditentukan agar dapat dicapai revenue yang diharapkan dan sebaliknya makin tinggi utilisasi akan menurunkan harga yang harus dibayar oleh masyarakat.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, maka estimasi utilisasi Ruang Super *VIP* didasarkan pada perhitungan kombinasi dari *BOR* RSUD Pandan Arang Boyolasli, Paviliun Cendana (Surakarta) dan hasil wawancara mendalam dengan Kepala Badan RSUD PA Boyolali, penghitungan tingkat hunian menggunakan metode trend dengan *Least square* didapat angka 74,67 % dibulatkan menjadi 75 %.

Perkiraan ini sebenarnya bisa lebih tinggi lagi, mengingat *BOR* Paviliun yang merupakan tarif pelayanan rawat inap tertinggi sejak mulai dioperasikan tahun 1994 bisa relatif stabil diatas 90 % dan saat ini mencapai lebih dari 94 % serta tidak adanya pesaing di Kabupaten Boyolali, sehingga masyarakat Boyolali tidak mempunyai pilihan lain selain datang ke RSUD Boyolali atau mencari pelayanan ke luar daerah. Disamping itu utilisasi untuk kelas *VIP* di RS. Dr. Moewardi Surakarta saat ini adalah 83,6 %. Meskipun demikian, mengingat hasil wawancara mendalam dengan Kepala Badan RSUD Pandan Arang Boyolali yang hanya berani mengestimasi utilisasi sekitar 60 % saja, sehingga penetapan estimasi utilisasi sebesar 75 % dianggap cukup realitis. Selanjutnya

setiap tahun *BOR* dinaikkan 5 % sampai tahun keempat, sehingga tahun keempat dan kelima didapat *BOR* Super *VIP* sebesar 90 %.

Bila estimasi utilisasi Ruang Super *VIP* RSUD Pandan Arang Boyolali tiap tahun diasumsikan sama dengan jumlah hari pasien per tahun, maka didapat jumlah hari rawat inap tiap tahun sebesar 4.380 hari.

4. ESTIMASI ALIRAN KAS

Dari hasil perhitungan tarif Ruang super *VIP*, maka pada tarif yang diberlakukan saat uji coba sebesar Rp.105.000,-/ kamar/ pasien/ hari, baru akan memberikan aliran cash flow positif pada akhir tahun keempat dan besarnya surplus pada akhir tahun kelima sangat rendah (Rp.8.382.564,-), kecuali bila nilai investasi pembangunan Ruang super *VIP* tidak diperhitungkan. Bila nilai investasi tetap diperhitungkan, maka agar tercapai surplus perlu menaikkan tarif kamar sampai tercapai surplus yang diinginkan.

Surplus adalah selisih antara pendapatan dan pengeluaran dan sering dikenal sebagai keuntungan. Surplus tidak bertujuan untuk menarik keuntungan dari orang sakit. Perkembangan pengelolaan rumah sakit sebagai unit swadana, surplus dipergunakan sebagai cadangan untuk biaya operasional dan investasi dimasa yang mendatang untuk mengimbangi kebutuhan

finansial dimasa-masa sulit. Surplus bagi rumah sakit pemerintah dapat pula diperuntukkan bagi subsidi silang (Gani,1994).

Menurut Trisnantoro (1997), menyatakan bahwa tarif rumah sakit pemerintah umumnya mempunyai tingkat pemulihan biaya (*cost recovery*) yang rendah. Kelas utama digunakan untuk masyarakat yang mampu, sehingga apabila tingkat pemulihan biaya juga rendah berarti masyarakat tingkat atas menerima subsidi oleh pemerintah. Hal ini tidak sesuai dengan kebijakan subsidi silang di rumah sakit. Agar dalam operasionalisasi Ruang super *VIP* nantinya memperoleh aliran kas positif (surplus), maka diperlukan intervensi. Intervensi dengan mengesampingkan nilai investasi adalah tidak mungkin, karena biaya operasional akan menjadi beban pemerintah daerah selain itu tujuan pembangunan Ruang super *VIP* adalah untuk mendapatkan keuntungan guna peningkatan pelayanan dan pengembangan rumah sakit. Cara yang dianggap relevan adalah dengan mengestimasi tingkat hunian (*BOR*) dan penyesuaian tarif sehingga didapat keuntungan atau surplus yang diinginkan, caranya adalah menggunakan metode *trial and error*.

Berdasarkan hasil estimasi *BOR* dan tarif Ruang super *VIP* untuk jangka waktu 5 tahun kedepan, untuk *BOR* sesuai perhitungan sebelumnya dimulai dari 75 %, 80 %, 85 %, 90 % dan 90 % sedangkan untuk tarif kamar/hari adalah sebagai berikut :

Alternatif I : Rp.125.000,- ; Rp. 150.000,- ; Rp. 175.000,-
; Rp. 200.000,- dan Rp. 225.000,-

Alternatif II : Rp. 150.000,- ; Rp.175.000,- ; Rp. 200.000,-
; Rp. 225.000,- dan Rp. 250.000,-

Alternatif III : Rp.175.000,- ; Rp. 200.000,- ; Rp. 225.000,-
; Rp. 250.000,- dan Rp. 275.000,-

Prediksi aliran kas Ruang super VIP RSUD Pandan Arang pada berbagai alternatif tarif tersebut diatas adalah seperti pada tabel berikut :

Tabel . 5.1
Estimasi Cas Flow Super VIP RSUD Pandan Arang Boyolali
Tahun 2004 – 2008 dengan tarif mulai Rp.125.000,-/kamar/hari

Uraian	2004	2005	2006	2007	2008
Tarif	125.000	150.000	175.000	200.000	225.000
BOR	75 %	80 %	85 %	90 %	90 %
Penerimaan	547.500.000	700.800.000	868.700.000	1.051.200.000	1.182.600.000
B.makan	131.400.000	140.160.000	148.920.000	157.680.000	157.680.000
B.Lain-lain	110.960.000	110.960.000	110.960.000	110.960.000	110.960.000
Investasi	279.048.718	279.048.718	279.048.718	279.048.718	279.048.718
Surplus	26.091.282	170.631.282	329.771.282	503.511.282	634.911.282
Surplus Kumulatif	26.091.282	196.722.564	526.493.846	1.030.005.128	1.664.916.410

Tabel . 5.2
Estimasi Cas Flow Super VIP RSUD Pandan Arang Boyolali
Tahun 2004 – 2008 dengan tarif mulai Rp.150.000,-/kamar/hari

Uraian	2004	2005	2006	2007	2008
Tarif	150.000	175.000	200.000	225.000	250.000
BOR	75 %	80 %	85 %	90 %	90 %
Penerimaan	657.000.000	817.600.000	992.800.000	1.182.600.000	1.314.000.000
B.makan	131.400.000	140.160.000	148.920.000	157.680.000	157.680.000
B.Lain-lain	110.960.000	110.960.000	110.960.000	110.960.000	110.960.000
Investasi	279.048.718	279.048.718	279.048.718	279.048.718	279.048.718
Surplus	135.591.282	287.431.282	453.871.282	634.911.282	766.311.282
Surplus Kumulatif	135.591.282	423.022.564	876.893.846	1.511.805.128	2.278.116.410

Tabel . 5.3
Estimasi Cas Flow Super VIP RSUD Pandan Arang Boyolali
Tahun 2004 – 2008 dengan tarif mulai Rp.175.000,-/kamar/hari

Uraian	2004	2005	2006	2007	2008
Tarif	175.000	200.000	225.000	250.000	275.000
BOR	75 %	80 %	85 %	90 %	90 %
Penerimaan	766.500.000	934.400.000	1.116.900.000	1.314.000.000	1.445.400.000
B.makan	131.400.000	140.160.000	148.920.000	157.680.000	157.680.000
B.Lain-lain	110.960.000	110.960.000	110.960.000	110.960.000	110.960.000
Investasi	279.048.718	279.048.718	279.048.718	279.048.718	279.048.718
Surplus	189.974.464	349.114.464	522.854.464	711.194.464	842.594.464
Surplus Kumulatif	272.831.282	699.254.564	1.293.869.846	2.071.277.128	2.980.084.410

Dari aliran kas pada tabel 5.1 s/d 5.3 diatas, maka pada akhir tahun kelima secara kumulatif didapat surplus pada masing-masing alternatif sebesar :

Alternatif I : Rp. 1.664.916.410 ,-

Alternatif II : Rp. 2.278.116.410 ,-

Alternatif III : Rp. 2.980.084.410 ,-

Tahap selanjutnya adalah melakukan analisis kelayakan berdasarkan prediksi aliran kas menurut estimasi BOR dan beberapa alternatif tarif Ruang super *VIP*.

5. ANALISIS KELAYAKAN

Hasil perhitungan cas flow lima tahun kedepan dengan tarif Rp. 105.000,-/ kamar/ orang/ hari, maka operasionalisasi Ruang super *VIP* RSUD Pandan Arang Boyolali tidak memberikan keuntungan yang layak secara ekonomi.

Agar Ruang super *VIP* layak untuk dioperasikan, maka perlu dilakukan (1) identifikasi biaya (biaya tetap/ investasi serta biaya operasional dan pemeliharaan/ biaya variabel) (2) estimasi BOR dan (3) estimasi tarif

5.a. Perhitungan biaya total operasional

Perhitungan biaya variabel yang dijadikan dasarkan untuk menentukan biaya tetap dan biaya operasional termasuk biaya pemeliharaan adalah realisasi biaya pembangunan fisik Ruang super *VIP* yang telah dikeluarkan dan biaya-biaya yang dialokasikan untuk operasional Ruang Super *VIP* RSUD Pandan Arang yang tercantum dalam DIP APBD Kabupaten Boyolali Tahun 2003, realisasi pengeluaran bulanan yang telah direncanakan untuk gaji pegawai non PNS pada saat uji coba serta rata-rata realisasi

bulanan rekening air serta rekening telepon pada RSUD Pandan Arang Boyolali. Alternatif ini kami gunakan karena Ruang super *VIP* belum dioperasikan secara penuh dan hanya komponen biaya tersebut yang tersedia. Dari hasil perhitungan dengan tingkat pengembalian investasi 5 tahun, maka didapat biaya tetap investasi sebesar Rp. 279.048.718,- per tahun, biaya tetap operasional sebesar Rp. 19.000,- per hari/ kamar sedangkan untuk biaya konsumsi pasien berdasarkan perhitungan *unit cost* sebesar 30.000,-/ pasien/ hari.

Metode analisis biaya seperti tersebut diatas termasuk metode konvensional, yaitu suatu metode penentuan harga pokok yang dirancang berdasarkan teknologi manufaktur masa lalu. Biaya yang digunakan dibagi dalam variabel – variabel produksi, metode ini biasa disebut metode *full costing* atau *variabel costing*, sehingga titik berat penentuan harga metode ini hanya pada fase produksi saja (Mulyadi, 1993).

Menurut Gani (1997), komponen biaya pada suatu rumah sakit meliputi biaya tetap dan biaya operasional yang terdiri dari beberapa komponen biaya atau *cost component* atau *cost item*, misalnya :

1. Komponen biaya investasi, meliputi gedung, kendaraan, alat dan pendidikan pegawai.

2. Komponen biaya operasional, meliputi biaya pegawai, obat, barang habis pakai, listrik, telepon dan biaya umum.
3. Komponen biaya pemeliharaan, meliputi biaya pemeliharaan gedung alat medis dan non medis serta biaya pemeliharaan kendaraan.

Dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan, khususnya penyediaan fasilitas super *VIP*, maka perlu dilakukan perhitungan yang cermat terhadap komponen biaya pada ruang super *VIP*, sehingga didapat biaya operasional yang memadai untuk memberikan pelayanan sesuai keinginan konsumen. Dilain pihak dukungan tenaga profesional sesuai bidangnya serta manajemen yang baik akan memberikan dampak yang berarti dalam memberikan pelayanan berkualitas yang berorientasi pada kepuasan konsumen.

5.b. Penentuan Tarif

Penentuan tarif rawat inap ruang Super *VIP* didasarkan pada estimasi penerimaan pada *BOR* sebesar 75 % (metode least square) dan perhitungan biaya operasional (variabel pengeluaran) dengan masa pengembalian investasi dihitung flat selama 5 tahun. Hasil perhitungan tarif kamar Super *VIP* plus konsumsi pasien adalah Rp. 95.459,75 per kamar/ orang per hari. Selanjutnya adalah menentukan tarif jual kepada masyarakat dengan

mempertimbangkan laba yang diharapkan (*mark up*) untuk pengembangan rumah sakit maupun peningkatan pelayanan disamping memperhatikan tarif pesaing yang ada. Dari hasil trial and error dengan mempertimbangkan *NPV*, *IRR* dan *PBP*, maka dapat ditetapkan tarif sebesar Rp. 175.000,- per kamar per hari untuk tahun pertama selanjutnya dinaikkan sebesar Rp. 25.000,- setiap tahun sampai tahun ke lima didapat tarif sebesar Rp. 275.000 ,-. Tarif yang diberlakukan untuk Ruang super *VIP* RSUD Pandan Arang pada saat ujicoba sekarang ini adalah Rp. 105.000,-/ kamar/ orang/ hari, sehingga kurang layak bila dibandingkan dengan nilai investasi yang telah dikeluarkan.

Berbagai alternatif tarif yang hasil trial and error yang dapat menghasilkan surplus untuk tahun pertama adalah alternatif I sebesar Rp.125.000,-, alternatif II sebesar Rp. 150.000,- dan alternatif III sebesar Rp. Rp. 175.000,- . Penentuan tarif sampai Rp.175.000,-/ kamar/ hari pada Ruang super *VIP* RSUD Pandan Arang diatas cukup realistis, karena selain terjangkau oleh masyarakat juga tidak ada pesaing dari rumah sakit lain di Kabupaten Boyolali. Selain itu bila dibandingkan dengan tarif rawat inap dengan fasilitas yang sama di RSUD dr. Moewardi Surakarta (Paviliun Cendana klas *VVIP*), yaitu Rp. 300.000,- per kamar per hari, maka tarif super *VIP* RSUD Pandan Arang lebih rendah sebesar 41,7 %. Harapan lain dengan tarif lebih rendah dengan

pesaing di Surakarta akan mampu menarik konsumen tidak saja dari masyarakat Boyolali tetapi juga dari luar Kabupaten, sebagaimana yang saat ini terjadi pada pelayanan rawat inap klas Paviliun.

Menurut Trisnantoro (1997) pada umumnya tarif rumah sakit pemerintah mempunyai tingkat pemulihan biaya (*cost recovery*) yang rendah, sehingga tidak memungkinkan rumah sakit tersebut memperoleh pendapatan yang diperlukan guna meningkatkan kualitas pelayanannya, konsekuensinya adalah tidak bisa bersaing dengan rumah sakit swasta. Meskipun RSUD Pandan Arang Boyolali merupakan rumah sakit pemerintah namun dengan status swadananya, mempunyai otonomi luas dalam pengelolaan dan penggunaan langsung terhadap penerimaan rumah sakit, termasuk memungut biaya sebagai imbalan atas pelayanan yang diberikannya sesuai dengan harga satuan tarif yang berlaku (DepKes RI, 1997).

Beberapa hal yang perlu dilakukan oleh RSUD Pandan Arang adalah melakukan analisis biaya, dimana elemen biaya rumah sakit secara garis besar dibagi dalam (1) biaya operasional dan pemeliharaan dan (2) biaya investasi, sehingga didapat informasi tentang biaya dan revenue diketahui dengan jelas. Dalam hal penentuan tarif umumnya didasarkan pada pengalaman empiris tentang demand masyarakat, akan tetapi diketahui bahwa

penyediaan (*supply*) serta penentuan tarif (*pricing*) atas demand semata akan menimbulkan masalah pemerataan (*equity*). Disamping itu untuk penyakit-penyakit yang tergolong *emergency*, sifat *demand* adalah *in-elastis* terhadap perubahan harga, sehingga sangat mudah dieksploitisir oleh supplier (Gani, 1997).

5.c. Kelayakan Investasi

Berdasarkan hasil perhitungan kelayakan ekonomi dengan program akuntansi komputer (lampiran 8,9,10) terhadap masing-masing alternatif tarif dengan discount faktor 20% (bunga pinjaman 14 % + inflasi 6% per tahun), diperoleh nilai NPV, IRR dan PBP seperti pada tabel 5.4 berikut :

Tabel 5.4
Perhitungan Kelayakan Ekonomi Ruang Super VIP
RSUD Pandan Boyolali Berdasarkan Discount Factor 20%

Alternatif	Nilai NPV	Kriteria	Keputusan investasi
I	- 5,6611	NPV < 0	Ditolak
II	-2,0583	NPV < 0	Ditolak
III	1,5451	NPV > 1	Diterima

Berdasarkan tabel 5.4, maka kelayakan operasional Rawat Inap Ruang Super VIP baru dapat dicapai pada alternatif III.

Menurut Gapenski (1997), *NPV (Net Present Value)* merupakan selisih antara *present value* dari *benefit* dan *present value* dari biaya. Metode ini memperhatikan nilai waktu uang.

Procced yang digunakan dalam menghitung *NPV* adalah *proceeds* yang didiskonto atas dasar biaya modal atau rate of return yang diinginkan, bila jumlah nilai *NPV* positif proyek tersebut menguntungkan, semakin tinggi nilai *NPV* semakin menguntungkan, apabila *NPV* bernilai 0 proyek hanya impas, dan apabila negatif proyek merugi.

Metode penilaian usul investasi yang menggunakan discounted cash flows disebut pula metode *internal rate of return*. *Internal Rate Return* adalah discount rate yang membuat *Net Present Value* (*NPV*) menjadi 0. IRR juga dianggap sebagai tingkat keuntungan atas investasi bersih. Rumus IRR tidak dapat dipecahkan secara langsung, namun dapat dicoba (*trial and error*) dari beberapa nilai sehingga nilai dengan cara : (a) Dipilih nilai discount rate yang dianggap dekat dengan nilai Internal rate return yang benar, lalu dihitung Net Present Value dari pada arus benefit dan biaya. Nilai Internal rate return dapat pula dihitung dengan mencari nilai tunai aliran kas masuk bersih pada tarif kembalian yang dipilih secara sembarang di atas atau di bawah tarif kembalian investasi yang diharapkan; (b) Jika hasil *NPV* tadi negatif, hal itu berarti bahwa nilai percobaan terlalu tinggi (benefit diwaktu yang akan datang di discount dengan terlalu berat, yang membuat present value biaya melebihi present value benefit), jadi dipilih nilai percobaan baru yang lebih rendah; dan (c) Jika

sebaliknya hasil present value tersebut positif, diketahui bahwa nilai percobaan terlalu rendah (benefit waktu yang akan datang belum di *discount* dengan cukup berat untuk disamakan dengan present value biaya), jadi dipilih nilai percobaan baru yang lebih tinggi. Cara tersebut dilakukan berulang – ulang, sampai ditemukan tingkat bunga yang sama antara nilai sekarang dengan nilai sekarang investasi. Pada tingkat bunga yang sama inilah besarnya IRR dapat dihitung (Agus Sartono,1999)

Faktor yang menentukan suatu usulan investasi ditolak atau diterima adalah jangka waktu yang diperlukan untuk menutup kembali investasi. Rumus perhitungan *pay-back* dapat dibagi menjadi 2 kelompok : (a) yang belum memperhitungkan unsur pajak penghasilan dan (b) yang memperhitungkan unsur pajak penghasilan. Dalam rumus perhitungan *pay-back period* tersebut, pembilang yang berupa investasi merupakan aktiva diferensial yang direncanakan dalam usulan investasi penggantian aktiva tetap atau perluasan usaha, dan penyebut yang berupa kas masuk bersih. Hasil investasi dapat diterima, bila *pay-back period* yang diusulkan lebih pendek dari *pay-back period* yang maksimal, maka usul investasi ditolak. Dengan demikian agar Ruang super VIP RSUD Pandan Arang layak untuk dioperasikan, maka diperlukan penyesuaian tarif dari Rp. 105.000,-/ kamar/ orang / hari, menjadi Rp. 175.000,-/kamar/ orang/ hari.

Penentuan tarif sebesar Rp.175.000,- dengan discount factor sebesar 20 % dianggap layak secara ekonomis dan diharapkan dapat terjangkau oleh masyarakat. Faktor lain yang memperkuat posisi tawar Ruang Super VIP RSUD Pandan Arang adalah tidak adanya pesaing dari rumah sakit lain di Kabupaten Boyolali.

6. HASIL *BENCHMARKING* DI RSUD DR. MOEWARDI SURAKARTA

Tujuan dari *benchmarking* di RSUD dr. Moewardi Surakarta adalah sebagai acuan dalam menentukan standar sarana dan fasilitas termasuk tingkat hunian dan tarif Klas *VIP* pada rumah sakit pemerintah.

Hasil *benchmarking* menunjukkan bahwa sarana dan fasilitas rawat inap Ruang super *VIP* RSUD Pandan Arang Boyolali sama dengan rawat inap Paviliun Cendana Klas *VVIP* RSUD dr. Moewardi Surakarta. Besarnya tarif kamar per hari termasuk makan pasien adalah Rp. 300.000,- dengan pencapaian *BOR* rata-rata selama tiga tahun terakhir (1999 s/d 2001) adalah 58,62 %.

Mengingat pencapaian *BOR* rata-rata yang masih dibawah 60 %, maka untuk mengestimasi utilisasi Ruang super *VIP* RSUD Pandan Arang menggunakan utilisasi klas *VIP A* pada RSUD dr. Moewardi, dimana pencapaian *BOR* rata-rata selama

tiga tahun terakhir (1999 s/d 2001) adalah sebesar sebesar 68,58 % dengan tarif sebesar Rp. 180.000,-/ kamar/ pasien/ hari.

Hasil penelitian Gini Ratmanti (2002) di RSUD dr. Moewardi yang melakukan analisis biaya dengan metode *Activity Based Costing* pada Paviliun Cendana dapat diketahui tarif tiap Klas perawatan berdasarkan unit cost, yaitu pada Klas *VVIP* sebesar Rp. 151.671,- dengan tarif Rp. 300.000,- mempunyai *cost recovery rate* sebesar 145,5 % dan klas *VIP A* sebesar Rp. 157.671,- dengan tarif Rp. 180.000,- mempunyai *cost recovery rate* sebesar 82,45 %. Dengan demikian maka

Untuk mendapatkan informasi yang lebih teliti mengenai komponen biaya, baik biaya tetap maupun biaya variabel, maka untuk RSUD Pandan Arang perlu dilakukan analisis biaya, sehingga didapat tarif riil (*cost*) untuk komponen jasa sarana, jasa pelayanan medis dan jasa pelayanan non medis.

7. FAKTOR PENDUKUNG DAN PENGHAMBAT

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan *stake holders* di Kabupaten Boyolali terhadap beberapa aspek yang dapat mendukung maupun menghambat dalam pembangunan Ruang super *VIP* RSUD Pandan Arang, yaitu : kesesuaian dengan renstra kabupaten, aspek politis, ekonomis, sosial budaya semuanya mendukung, kecuali aspek teknis antara lain sarana dan

fasilitas yang harus disediakan, kebutuhan SDM yang sesuai, organisasi dan manajemen untuk operasional, standar pelayanan yang harus diberikan. Hal ini dimaklumi karena belum ada peraturan daerah yang mengaturnya. Kendala yang dihadapi juga belum diketahui, karena sampai saat penelitian berlangsung belum dioperasionalkan secara penuh dan selama proses pembangunan tidak ditemui hambatan.

Menurut Sutoyo (2000), suatu proyek investasi seharusnya dilakukan studi kelayakan terlebih dahulu, apakah layak atau tidak dilaksanakan. Analisis kelayakan investasi yang diperlukan antara lain, aspek : teknis, ekonomi, sosial budaya dan politis, lingkungan serta pasar dan pemasaran.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak ada kendala dalam pembangunan fisik dan pengadaan sarana dan prasarana Ruang super *VIP*, namun dalam operasional nantinya perlu diatur dalam peraturan daerah (Perda) setempat. Hal-hal yang perlu diatur dalam Perda antara lain : pengorganisasian, ketenagaan, sarana dan fasilitas, standar pelayanan dan tarif.

Selain itu perlu dukungan dari lintas sektor (*executif*) dan legislatif dalam pemanfaatan dan promosi, sehingga masyarakat kelas atas (swasta) menggunakan Ruang super *VIP*.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

1. Biaya investasi yang diperlukan untuk pembangunan ruang Rawat Inap Super VIP RSUD Pandan Arang Boyolali adalah sebesar Rp.1.395.243.590 ,-
2. Sarana dan fasilitas kamar ruang Rawat Inap Super VIP RSUD Pandan Arang, meliputi : tempat tidur pasien, lemari, televisi, AC, telepon, lemari es, meja makan, *pantry*, *sofa bed* dan kamar mandi yang dilengkapi *water heater*.
3. Estimasi utilisasi ruang Rawat Inap Super VIP berdasarkan hasil perhitungan rata-rata BOR Paviliun RSUD Pandan Arang Boyolali tahun pertama sampai tahun kelima secara berurutan adalah 75 %, 80 %, 85 %, 90 % dan 90 %.
4. Estimasi aliran kas selama lima tahun yang diharapkan dari Rawat Inap Super VIP RSUD Pandan Arang Boyolali berdasarkan estimasi BOR pada point 3 diatas pada tarif kamar Rp. 105.000,- /pasien/ hari dengan tarif tetap tidak akan didapat surplus, bila memperhitungkan nilai investasi. Agar didapat surplus, maka diperlukan perubahan tarif, yaitu untuk tahun pertama mulai Rp.125.000,- s/d Rp.175.000,-, kemudian dinaikkan sebesar Rp. 25.000,- tiap tahun.

5. Hasil analisis kelayakan untuk operasional Ruang Rawat Inap Super *VIP* berdasarkan beberapa alternatif tarif, yaitu pada tarif tahun pertama sebesar Rp. 125.000,- mempunyai IRR 4,63%, tarif Rp. 150.000,- mempunyai IRR 14,59 % dan tarif Rp.175.000,- mempunyai IRR 23,96%.
6. Hasil benchmarking di RSUD dr. Moewardi diketahui bahwa tarif klas perawatan dengan fasilitas yang sama dengan klas super *VIP* RSUD Pandan Arang adalah Rp. 300.000,- pencapaian BOR rata-rata selama tiga tahun terakhir sebesar 58,62 %. Beberapa faktor pendukung dalam pembangunan rawat inap ruang Super *VIP* RSUD Pandan Arabng Boyolali adalah faktor ekonomi dan politis.

B. SARAN

1. Bagi RSUD Pandan Arang
 - a. Agar investasi rawat inap Ruang super *VIP* RSUD Pandan Arang Boyolali memberikan keuntungan finansial yang layak, maka dalam penetapan tarif untuk operasional secara penuh (16 kamar) perlu mempertimbangkan kaidah-kaidah ekonomi.
 - b. Sarana dan fasilitas pada ruang Supoer *VIP* agar diteliti komponennya, sehingga mempunyai ciri khas tertentu dibanding sarana dan fasilitas rumah sakit pesaing.
 - c. Pada saat kapasitas tingkat hunian mencapai maksimal (> 90 %) maka untuk meningkatkan pendapatan rumah sakit

dapat dilakukan kenaikan tarif atau merencanakan investasi baru untuk menambah tempat tidur.

- d. Aliran kas bisa dipertimbangkan naik turunnya dengan patokan tarif Rp.175.000,- sampai Rp.250.000,- agar diperoleh surplus kompetitif (*trial and error*).
- e. Pada tarif Rp. 175.000,-/kamar/hari dengan *IRR* sebesar 23,96 % akan memberi keleluasaan bagi manajemen RSUD Pandan Arang dalam mengembangkan fasilitas pelayanannya untuk bekerjasama dengan pihak swasta (investor).

2. Bagi Pemerintah Daerah :

Untuk mendukung faktor politis, maka perlu dibuat peraturan daerah yang mengatur tentang pelayanan rawat inap Ruang super *VIP*.

3. Bagi Akademik :

- a. Perlu dilakukan analisis biaya yang lebih cermat dan teliti mengenai biaya obat-obatan dan alat-alat kesehatan, khususnya pada instalasi farmasi
- b. Perlu dilakukan survey tentang kemampuan membayar masyarakat terhadap beberapa fasilitas pelayanan kesehatan yang disediakan baik oleh pemerintah maupun swasta.

DAFTAR PUSTAKA

- Arsyad, L. 1991. Ekonomi Mikro, BPFE, Yogyakarta.
- Arsyad, L. 1995. Peramalan Bisnis, BPFE, Yogyakarta.
- Azrul, Azwar. 1996. Pengantar Administrasi Kesehatan - Edisi Ketiga, PT. Binarupa Aksara, Jakarta, hal : 15 - 16
- Boediono 1992. Ekonomi Mikro, BPFE, Yogyakarta.
- Bonds, R. G. 1992. Hospital Should have Strategies for Safer Physicians Incentives, *Journal Modern Healthcare*, 6 : 25.
- Departemen Kesehatan RI. 1997. Keputusan Menteri Kesehatan RI, No. 582/MENKES/SK/VI/1997.
- Devies, S. H. 1990. Managerial Economics, Piman Publishing.
- Dinas Kesehatan dan Sosial Kabupaten Boyolali, Profil Kesehatan, 2000
- Gani, A. 1994. Materi Pelatihan Metodologi Penetapan Tarif Pelayanan Kesehatan, Yayasan Pengembangan Kesehatan Masyarakat Indonesia, FEUI, Jakarta.
- Gapenski, L. C. 1997. Financial Analysis & Decision Making for Healthcare Organization, Irwin Profesional Publishing, Chicago.
- Griffith, J. R. 1987. The Well manged Community Hospital, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.
- Gaspersz, V. 1996. Ekonomi Manajerial, Penerapan konsep – konsep Ekonomi Dalam Manajemen Bisnis Total, Salemba Empat, Jakarta.
- Hanke, J. E. and Reitsch, A. G. 1995. Bussines Forcasting, fifth edition, Prectice-Hall International Inc. Eastern Woshington University, USA.
- Husnan, S. 1997. Manajemen Keuangan, Teori dan Penerapan (Keputusan Jangka Panjang) jilid I (ed. -), BPFE, Yogyakarta.
- Jacobalis, S. 1997. Paradigma baru Perumahsakitan di Indonesia, Makalah Kongres PERSI, unpbl, Jakarta.

- Tjiptoherijanto, P. Soesetyo B, 1994. *Ekonomi Kesehatan*, Rineke Tjipta, Jakarta.
- Kadarisman, S. 1999. *Prospek Investasi Modal Asing*, makalah disampaikan pada Seminar Nasional III dan Hospital Expo XI, Jakarta.
- Kotler, P. 1993. *Manajemen Pemasaran : Analisis, Perencanaan, Implementasi dan Pengendalian*, ed. 7, Lembaga Penerbit FE. UI, Jakarta.
- Mulyadi 1997. *Akuntansi Manajemen*, Penerbitan STIE, YKPN, Yogyakarta.
- Nelson, E.C., Rust, R.T., Zahorik, A., and Rose, R.L. 1992. Do Patient Perceptions of Quality Relate to Hospital Financial Performane ?. *Journal of health care marketing*, 1992, 12 (4) : 6 – 13.
- Neufet, Ernest., 2002. *Data Arsitek*, Penerbit Erlangga, Jakarta.
- Papas, M.H. 1995. *Ekonomi Manajerial*, jilid I, Binarupa Aksara, Jakarta.
- Pelfrey, S. 1995. Cost accounting techniques for health care providers, *Health Care Supervisor*, 14 : 2.
- Purwanto, B. 1997. *Sejarah, Ekonomi, dan Hospital di Indonesia Sebuah Kajian Kritis*, Modul Perkuliahan, MMR UGM, Yogyakarta.
- Rik, T. 1995. *Infra Structure, Institusional Investor*, Abi/Inform 8639.00 29 NT, 10.
- Rusli, L. dan Kiagoes, A. 1993. *Penilaian Investasi Dalam Rumah Sakit*, Makalah disampaikan pada Kursus Manajemen Rumah Sakit Pasca Kongres PERSSI VI, Jakarta.
- Sabarguna, Boy. S. 2003., *Manajemen Keuangan Rumah Sakit*, Konsorsium Rumah Sakit Islam Jateng-DIY, Yogyakarta.
- Sartono. Agus, *Manajemen Keuangan*, BPFE UGM, Jogjakarta, Cetakan ke 5, 1999.
- Setiadi, G. 1993. Statistical Forcasting to Predict the Future Hospital Demand, *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, 1, Juli 1.
- Smalley, HE. 1982. *Hospital Management Engeenring, A Guide to the Improvement of Hospital Management and Health Services*, Mosby Company, Sst Louis. Snook, ID, 1992. *Hospital : What They Are and How They Work*, 2nd ed. Aspen Pub. Maryland.

- Soejaga. 1997. Kebijakan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik dalam Menuju Paradigma Baru Perumahsakit di Indonesia, Makalah Konggres PERSI, unpbl, Jakarta.
- Sutojo. Siswanto, Studi Kelayakan Proyek, Konsep, Teknik dan Kasus, Seri Manajemen Bank, Damar Mulia, Jakarta, 2000.
- Taurany, H.M. 1992. Buku Teks Administrasi Rumah Sakit.
- Trisnantoro, L. 1993. Laporan Kelompok Studi WHO, Evaluasi Perubahan – Perubahan Mutakhir Dalam Pembiayaan Pelayanan Kesehatan, PT. Bentang Intervi Utama, Yogyakarta.
- Trisnantoro, L. 1997. Prinsip – Prinsip Ekonomi untuk Manajemen Rumah Sakit, Program Pendidikan Pascasarjana, MMR, FK-UGM, Yogyakarta.
- Umar, H. 1997. Studi Kelayakan Bisnis : Manajemen, Metode & Kasus, GramediaPustaka Utama, Jakarta.
- Wasisto, B. 1994. Kebijakan Pengembangan Rumah Sakit dalam Pembangunan Jangka Panjang Tahap II, Cermin Dunia Kedokteran, Edisi khusus, 90.
- Wibisono, C. 1995. Liberalisasi Sektor Jasa Kesehatan, Makalah Seminar Nasional PERSI, unpbl, Jakarta.